



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Intervenção Psicomotora em Gerontopsiquiatria

na Casa de Saúde da Idanha

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Prof.^o Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Júri:

Presidente

Prof.^a Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco e Melo

Vogais

Prof.^a Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Prof.^o Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Sara Alexandra Silva Malheiro

2017

“A satisfação está no esforço, não na conquista. Esforço completo significa vitória completa”

Mahatma Ghandi

Agradecimentos

Antes de prosseguir, queria demonstrar o meu agradecimento a todas as pessoas que fizeram parte deste percurso, que me ajudaram e incentivaram, muitas delas foram essenciais para o término dele.

Em primeiro lugar à orientadora local Mestre Ana Antunes, pela transmissão de conhecimentos, paciência para dúvidas, a sua humanidade, carinho e dedicação. Também pela autonomia proporcionada que me fez crescer enquanto profissional, e por sempre ter acreditado nas minhas capacidades, ajudando-me a crescer profissionalmente.

Ao orientador da faculdade Professor Doutor Marco Ferreira pelos seus conhecimentos transmitidos, sugestões, correções, críticas e sua disponibilidade ao longo deste ano.

À minha família, em especial aos meus pais e irmã, pelo carinho e apoio incondicional e aos meus primos Manuel e Luís pelas suas ajudas. A vocês, pais, que foram um grande pilar, mesmo a 400km, obrigada por nunca duvidarem das minhas capacidades, apesar de todas as minhas dúvidas, medos, dramas e, por vezes, falta de força para terminar. Obrigada por todos os conselhos, pelo ânimo e por estarem presentes em todos os momentos da minha vida. Foram fundamentais na concretização deste objetivo.

Ao meu namorado Tiago que vivenciou de mais perto todas as dificuldades sentidas na realização deste relatório. Sempre me incentivaste ao trabalho árduo e nunca duvidaste que seria capaz. Sei que foi uma etapa complicada de ultrapassar, por isso obrigada pelo teu carinho, força, partilha e compreensão pelos dias de maior stress.

A todos os meus amigos, sempre que necessitei pude recorrer-vos, também me animaram e possibilitaram momentos divertidos ao longo desta etapa. Em particular não me posso esquecer de ti Maria que, mesmo à distância tiveste um contributo fundamental neste relatório. Sem saberem vocês foram essenciais.

A todos os membros da equipa, terapeutas, auxiliares e irmãs da CSI, principalmente às unidades Santa Isabel e Maria Josefa Récio, que tão bem me receberam e permitiram o meu crescimento profissional. Em particular à enfermeira Sónia Santana que me mostrou que para chefiar uma equipa não era necessário perder a humanidade, obrigada por todos os conhecimentos práticos e teóricos e pela preocupação e carinho, nunca será esquecido.

A todos os estagiários de Reabilitação Psicomotora, de Terapia Ocupacional e de Psicologia da Casa de Saúde da Idanha, pelo companheirismo, na sala e no almoço, partilha de conhecimentos e por algumas amizades que se construíram e permaneceram.

Por último, a todos os utentes, que me deram a conhecer diversas realidades e uma vontade imensa de viver. Algumas frases como “Faça-nos o favor de vir todos os dias fazer atividades para nós” de forma emocionada, incentivaram-me a fazer mais e melhor e a nunca baixar os braços. Guardo todas as vossas expressões.

Um bem-haja a todos que tiveram envolvidos neste processo, apesar de não mencionados, contribuíram para a sua realização e não foram esquecidos.

Resumo: O presente relatório de estágio surge no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana. Tem como objetivo apresentar as atividades de estágio realizadas na Casa de Saúde da Idanha, na área da Saúde Mental, com adultos e idosos.

Neste relatório, em primeiro lugar, são enquadrados os conteúdos teóricos que suportam a intervenção psicomotora nas Perturbações Neurocognitivas com outras perturbações psiquiátricas associadas, posteriormente, a institucionalização, e a intervenção psicomotora na saúde mental. Em segundo lugar, é realizado um enquadramento da instituição e da prática profissional com a descrição geral das atividades de estágio desenvolvidas. Apresentam-se dois estudos de caso na área da saúde mental e envelhecimento, diagnosticados com Perturbação Neurocognitiva, em duas unidades diferentes da Casa de Saúde da Idanha e descrevem-se as atividades complementares de formação. Na terceira parte é apresentada uma proposta de um projeto de intervenção, desenvolvido para os cuidadores formais. Por fim, é realizada uma análise crítica e reflexiva face aos resultados da intervenção e a todo o trabalho desenvolvido ao longo do ano de estágio, valorizando todos os desafios e aprendizagens que o estágio na área da Saúde Mental com idosos proporcionou.

Palavras-chave: Casa de Saúde da Idanha, Perturbação Neurocognitiva, Institucionalização, Cuidadores Formais, Envelhecimento, Estudo-caso, Idoso, Planos de Intervenção Psicomotora, Psicomotricidade e Saúde Mental.

Abstract: This report comes up as the conclusion of a Master in Psychomotor Rehabilitation, Development of Professional Skills Branch of the Faculty of Human Kinetics. It aims to present the activities carried out during the internship at Casa de Saúde da Idanha, in the area of Mental Health, with adults and elderly people.

Firstly, this report highlights the theory which supports the psychomotor intervention in patients diagnosed with a Neurocognitive Disorders associated to a psychiatric disorder, after wards this, the institutionalization and the need for the psychomotor intervention in mental health. Then, it conducts a framework of the institution and professional practice with a description of the training activities performed. It will also be present two case studies in mental health and aging area, more specifically in patients with a Neurocognitive Disorder, from two different units of Casa de Saúde da Idanha and described the additional training activities. The third part presents a proposal project developed for formal caregivers. Finally, there is a critical and reflexive analysis regarding the results of the intervention and all the work carried out during the training year, valuing all the challenges and learning the training in Mental Health area with the elderly people has

Keywords: Casa de Saúde da Idanha, Neurocognitive Disorder, Institutionalization, Formal Caregivers, Aging, Case Study, Elderly, Psychomotor Intervention Plans, Psychomotricity and Mental Health.

Lista de Abreviaturas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividade Instrumental da Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades da Vida Diária

CSI – Casa de Saúde da Idanha

DA – Doença de Alzheimer

DCL – Défice Cognitivo Ligeiro

DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento

DP – Doença de Parkinson

EGP – Exame Geronto-Psicomotor

IHSCJ – Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

PNC – Perturbação Neurocognitiva

RCAP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados

SI – Síndrome de Imobilidade

TCE – Traumatismo Craneoencefálico

Índice

INTRODUÇÃO	1
1 ENVELHECIMENTO	2
1.1 ALTERAÇÕES DECORRENTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	5
1.1.1 <i>Alterações Sensoriais.....</i>	<i>5</i>
1.1.2 <i>Alterações Físicas/ Biológicas:</i>	<i>5</i>
1.1.3 <i>Alterações sociais:</i>	<i>6</i>
1.1.4 <i>Alterações cognitivas</i>	<i>7</i>
1.1.5 <i>Alterações Psicomotoras</i>	<i>8</i>
1.2 ENVELHECIMENTO NA DEMÊNCIA	9
1.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	15
1.4 INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NA SAÚDE MENTAL.....	19
2 ATIVIDADES DE ESTÁGIO EM REABILITAÇÃO PSICOMOTORA NA CASA DE SAÚDE DA IDANHA.....	23
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	23
2.1.1 <i>Organização da equipa e serviços.....</i>	<i>23</i>
2.1.2 <i>População-Alvo da Casa de Saúde da Idanha</i>	<i>28</i>
2.1.3 <i>Intervenção Psicomotora na CSI:</i>	<i>28</i>
2.2 ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO	29
2.2.1 <i>Espaços de Intervenção Terapêutica.....</i>	<i>31</i>
2.2.2 <i>Instrumentos de avaliação</i>	<i>33</i>
2.2.3 <i>Materiais de intervenção</i>	<i>35</i>
2.2.4 <i>Casos Acompanhados</i>	<i>36</i>
2.2.5 <i>Atividades complementares de estágio</i>	<i>42</i>
2.3 ESTUDO DE CASO INDIVIDUAL.....	46
2.3.1 <i>Dados relevantes sobre a utente</i>	<i>46</i>
2.3.2 <i>Breve enquadramento da Patologia: PNC, TCE e Síndrome de Imobilidade .</i>	<i>47</i>
2.3.3 <i>Perfil Psicomotor</i>	<i>48</i>
2.3.4 <i>Plano de Intervenção Individual</i>	<i>49</i>
2.3.5 <i>Avaliação psicomotora: Resultados</i>	<i>50</i>
2.3.6 <i>Reflexão Crítica sobre Estudo de Caso Individual.....</i>	<i>58</i>
2.4 ESTUDO DE CASO DE GRUPO	62
2.4.1 <i>Caracterização do grupo.....</i>	<i>62</i>
2.4.2 <i>Caracterização dos casos.....</i>	<i>62</i>
2.4.3 <i>Breve introdução às Patologias mais prevalentes do grupo.....</i>	<i>66</i>

2.4.4	<i>Instrumento de observação informal</i>	72
2.4.5	<i>Avaliação inicial e final dos casos do grupo</i>	74
2.4.6	<i>Dados relevantes da avaliação e sua discussão</i>	74
2.4.7	<i>Plano de Intervenção do grupo</i>	78
2.4.8	<i>Reflexão crítica sobre estudo de caso de grupo</i>	80
3	PROJETO DE INTERVENÇÃO	82
3.1	PROBLEMA OBSERVADO DURANTE AS ATIVIDADES DE ESTÁGIO NA CSI	82
3.2	ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO PROJETO.....	82
3.2.1	<i>Introdução</i>	82
3.2.2	<i>Burnout, Sobrecarga, stress ocupacional do cuidador formal</i>	83
3.2.3	<i>Importância da formação e intervenção para prevenir burnout</i>	85
3.2.4	<i>Relaxação como metodologia de intervenção nos cuidadores formais</i>	87
3.3	OBJETIVOS DO PROJETO	88
3.4	PLANEAMENTO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	88
3.4.1	<i>Público Alvo</i>	89
3.4.2	<i>Instrumentos para aferir a qualidade do programa e a satisfação dos participantes</i>	89
3.4.3	<i>Sessões do PRO_CF</i>	90
3.4.4	<i>Recursos para programa</i>	91
3.5	REFLEXÃO PESSOAL SOBRE A CONSTRUÇÃO DO PROJETO.....	91
	CONCLUSÃO	93
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
	ANEXO G: QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO	128

ANEXOS

<u>ANEXO A: EXEMPLOS DE MATERIAIS CONSTRUÍDOS PARA INTERVENÇÃO</u>	109
<u>ANEXO B: EXEMPLO DE PLANO DE SESSÃO INDIVIDUAL E RESPECTIVO RELATÓRIO</u>	112
<u>ANEXO C: INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO INFORMAL</u>	116
<u>ANEXO D: EXEMPLO DE UM PLANO DE SESSÃO DE GRUPO E RESPECTIVO RELATÓRIO</u>	121
<u>ANEXO E: ESQUEMA DE TENSÕES</u>	124
<u>ANEXO F: FOLHA DE REGISTO DE MBI</u>	126

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1 – Horário de Estágio</i>	<i>30</i>
<i>Tabela 2 – Cotação do Índice de Barthel (Serqueira, 2010, p..46)</i>	<i>35</i>
<i>Tabela 3 – Perfil Psicomotor individual da M.R.M.- áreas fortes e áreas menos fortes</i>	<i>48</i>
<i>Tabela 4 – Plano de intervenção da M.R.M.</i>	<i>49</i>
<i>Tabela 5 – Avaliação do equilíbrio estático e equilíbrio dinâmico da M.R.M.</i>	<i>50</i>
<i>Tabela 6 – Avaliação da mobilização ativa e passiva dos membros superiores e dos membros inferiores da M.R.M.</i>	<i>51</i>
<i>Tabela 7 – Avaliação da motricidade fina dos membros superiores e dos membros inferiores da M.R.M.</i>	<i>52</i>
<i>Tabela 8 – Praxias</i>	<i>52</i>
<i>Tabela 9 – Avaliação de conhecimentos das partes do corpo da M.R.M.</i>	<i>53</i>
<i>Tabela 10 – Avaliação da vigilância da M.R.M.</i>	<i>53</i>
<i>Tabela 11 – Avaliação da memória perceptiva da M.R.M.....</i>	<i>54</i>
<i>Tabela 12 – Avaliação do domínio espacial da M.R.M.</i>	<i>54</i>
<i>Tabela 13 – Avaliação memória verbal da M.R.M.</i>	<i>55</i>
<i>Tabela 14 – Avaliação da percepção da M.R.M.</i>	<i>55</i>
<i>Tabela 15 – Avaliação do domínio temporal da M.R.M.</i>	<i>56</i>
<i>Tabela 16 – Avaliação da comunicação da M.R.M.</i>	<i>56</i>
<i>Tabela 17 – Avaliação inicial e avaliação final dos casos do grupo.....</i>	<i>74</i>
<i>Tabela 18 – Plano de Intervenção de grupo.....</i>	<i>79</i>
<i>Tabela 19 – Planeamento das sessões de Relaxação</i>	<i>91</i>

Índice de Figuras

<i>Figura 1: Organograma da Casa de Saúde da Idanha (CSI, 2013)</i>	<i>23</i>
<i>Figura 2 – Sala de Snozleen na CSI</i>	<i>31</i>
<i>Figura 3 – Exemplo de uma sala terapêutica CSI.....</i>	<i>32</i>
<i>Figura 4 – Tanque terapêutico da CSI</i>	<i>32</i>
<i>Figura 5 – Gráfico das avaliações realizadas à utente</i>	<i>57</i>

Introdução

O presente Relatório de Estágio do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), integra-se no Plano Curricular do 2º ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora (RPM), pela Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade de Lisboa, de acordo com o Despacho n.º 10099/2009 de 15 de abril de 2009 (RECP, 2015).

Os objetivos gerais estabelecidos no RACP, destacam: (a) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora para pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios, nas suas vertentes científicas e metodológicas, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; (b) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção; (c) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área. De acordo com os objetivos supracitados foi possível realizar toda a prática e elaboração do atual relatório.

O atual estágio decorreu com a população adulta/ idosa, em diversos contextos terapêuticos. A Casa de Saúde da Idanha (CSI) pertence às Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, sendo uma Instituição de Solidariedade Social com fins médicos, com diversas valências na área da Saúde Mental. Tem como, principal objetivo prevenir, tratar ou reabilitar patologias neste âmbito, essencialmente do adulto. Para além disto, ainda tem como função prestar cuidados às famílias, colaboradores e à comunidade.

O relatório está organizado em 3 partes fundamentais. A primeira parte é relativa ao enquadramento teórico do estágio, destacando-se uma revisão bibliográfica com três grandes temáticas: (a) Perturbações Neurocognitivas, (b) Institucionalização e (c) Intervenção Psicomotora nas Perturbações Neurocognitivas. A segunda parte refere-se ao enquadramento institucional, ao enquadramento do serviço de psicomotricidade na instituição, bem como aos dois estudos de caso (um individual e outro de grupo) e às atividades complementares do estágio que enriqueceram este período de formação. A terceira e última parte refere-se a um projeto pensado exclusivamente nas necessidades da instituição, que consiste num Programa de Relaxação para Cuidadores Formais (PRO_CF).

O relatório termina com a conclusão acerca de aspetos reflexivos e críticas pessoais acerca do estágio e da Instituição.

1 Envelhecimento

Todos sonham com um envelhecimento bem-sucedido, sendo este definido por Rowe e Kahn (1997) como um envelhecimento que deve incluir três componentes: 1) baixa probabilidade de doença e incapacidade relacionada com a doença, 2) capacidade cognitiva e 3) capacidade física funcional, ajustando-se com a vida ativa. Quer isto dizer que, o envelhecimento é mais do que a ausência de doença, e mais do que a manutenção das capacidades funcionais. Sendo estas componentes importantes do envelhecimento bem-sucedido, no entanto, é a sua combinação com vida ativa que melhor representa este conceito (Rowe e Kahn, 1997).

Segundo o Relatório de Envelhecimento e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Envelhecimento Saudável é um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada, não sendo definido como um nível específico do funcionamento ou de saúde (OMS, 2015). Para promover o envelhecimento saudável todas as intervenções devem ter como objetivo maximizar a capacidade funcional, através da construção e manutenção da capacidade intrínseca, e permitindo que faça coisas importantes para si (OMS, 2015).

A esperança média de vida tem vindo a aumentar devido às condições materiais e progressos de vida (Levy, 2000), no entanto, o idoso é frequentemente excluído por não ser produtivo, nem integrar os padrões físicos exigidos. Assim, não se contempla o facto de o idoso representar uma história pessoal, uma diversidade de vivências, relações sociais, gostos, habilidades e interesses (Victor, 1994; Levy, 2000). O processo de envelhecimento implica uma fase de alteração requerendo a assunção de uma nova adaptação psicológica e existencial. O comportamento e a atividade psíquica modificam-se e resultam num processo defensivo, que revela, muitas vezes, uma experiência fraca e frustrada (Neto, 2005).

O envelhecimento é um processo de degradação progressivo contínuo, que acontece praticamente ao longo de toda a vida (Melo e Barreiros, 2002; Vázquez & Mila, 2014; Cancela, 2008). Começa antes do nascimento, acentua-se nos últimos anos de vida (Vázquez e Mila, 2014) sendo o termo certo a morte (Cancela, 2008). Apesar de, regra geral, a sociedade não pensar assim, não é um processo uniforme, varia de indivíduo para indivíduo e depende de fatores genéticos, ambientais e doenças que possam coexistir ao longo da vida (Victor, 1994; Vázquez e Mila, 2014; Melo e Barreiros, 2002; Fachine e Trompieri, 2012; Pais, 2008a; Levy, 2000).

Nascer, crescer e envelhecer são processos naturais que se evidenciam com o tempo, a forma como acontecem depende da história de vida aliado ao potencial genético (Fechine e Trompieri, 2012). Segundo Cancela (2008) a velocidade e gravidade do envelhecimento variam não só individualmente, como já se viu, mas também dependendo do tipo de envelhecimento em questão (biológico, sociológico ou psicológico). Deste modo, Rosa (2016) considera o envelhecimento como um processo cronológico quando se observa exclusivamente o avanço da idade. Contudo é necessário visualizar como, um processo de desenvolvimento, ou seja, envelhece-se desde que se é concebido, e não a partir de uma determinada idade (Rosa, 2016). O envelhecimento visto como biopsicológico é menos linear do que o envelhecimento cronológico, sendo vivido por cada indivíduo de forma diferente. Ninguém sabe onde localizar o início das marcas mais significativas do envelhecimento (Rosa, 2016). Vieira (1996) acrescenta o domínio social ao anterior, definindo o envelhecimento como um processo marcado por mudanças biopsicossociais. Este não deixa de ser uma passagem de tempo, equivalente à infância e à adolescência, com vários intervenientes (cit in Levy, 2000).

Surgem os problemas psicológicos (e.g. depressão), deterioração da condição física (aumento do risco de quedas) e alterações de organização social (a reforma, troca de papéis na família, dependência afetiva e económica). O idoso pode, inclusive, ser maltratado devido à perda de capacidades, passando a necessitar de apoio multidisciplinar (Levy, 2000).

Primordialmente as mudanças do envelhecimento eram consideradas como algo patológico e não como algo decorrente da evolução humana (Fonseca, 2001). Para o mesmo autor, o efeito inevitável da idade inverte a sequência de desenvolvimento, introduzindo a noção de retrogénese. Daqui conclui-se, o culminar da evolução é a involução que, sendo um processo inverso, implica uma deterioração dos sistemas, propriedades e funções, seguindo uma sequência inversa de evolução (Fonseca, 2001).

As praxias correspondem à última aquisição psicomotora (Borges, Aprahamian, Rodanovic e Forlenza, 2010). Quer isto dizer, no idoso existe uma desorganização da praxia fina (lobos frontais) para a tonicidade (tronco cerebral), contrastando com o que é observado na criança. Assim, a tonicidade torna-se o último fator de desorganização, notando-se algumas mudanças (e.g. ao nível da extensibilidade e rigidez) (Fonseca, 2001). Em termos fisiológicos, o tónus muscular é o estado de tensão ativa em que os músculos estão permanentemente. Isso significa que contraem ligeiramente, mesmo em repouso. Isto permite fazer gestos e controlar os movimentos, de modo a executá-los de forma harmoniosa (Juhel, 2010).

Estas alterações involutivas no processo de envelhecimento dão-se tanto ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC), como também ao nível do sistema sensorial (Borges et al., 2010). As variações do envelhecimento são dependentes de fatores como o estilo de vida, condições socioeconómicas e doenças crónicas (Fechine e Trompieri, 2012).

Desta maneira, falar de envelhecimento é abrir o leque de interpretações que se entrelaçam ao quotidiano e a perspetivas culturais diferentes (Fechine e Trompieri, 2012). O processo de envelhecimento está intimamente relacionado com alterações nos processos cognitivos que abarcam as funções de memória, a concentração e a velocidade de processamento da informação (Olave-Sepúlveda e Ubilla-Bustamante, 2011).

Atualmente, assiste-se ao envelhecimento populacional em todo o mundo. Em Portugal, e de acordo com os últimos Censos (2011) aproximadamente 2.023.000 pessoas apresentam idade igual ou superior a 65 anos. Prevendo-se que 32% da população Portuguesa venha a ter mais de 65 anos em 2060 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2014). Portugal é hoje dos países mais envelhecidos do espaço europeu e, como tal, do mundo (Rosa, 2016). O número idoso tem aumentado ao longo dos anos e em 2014 existiam 138,6 idosos (considerando as pessoas com mais de 65 anos) por cada 100 até aos 14 anos (PORDATA, 2016).

Em Portugal, o índice de envelhecimento entre 2012 e 2060 poderá aumentar de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2014).

O decréscimo progressivo das taxas de natalidade com o aumento gradual da esperança média de vida tem-se traduzido no envelhecimento populacional. Assim sendo, este escalão etário reflete, atualmente, uma categoria social que não pode ser ignorada (Fechine e Trompieri, 2012). Os índices de envelhecimento, de dependência dos idosos e de longevidade têm aumentado (PORDATA, 2016). Como já havia constatado Cancela (2007) assiste-se, entre 2005 e 2015 em Portugal, a um duplo envelhecimento de pirâmide populacional. A base da pirâmide apresenta um estreitamento, enquanto o topo se alarga, havendo uma descida de natalidade e aumento da longevidade (INE, 2016).

Neste seguimento, pelo seu carácter recente e pela rapidez com que processo de envelhecimento se manifestou, verifica-se que, são ainda escassas as reflexões que propõem uma leitura deste processo demográfico em articulação com a organização da própria sociedade (Rosa, 2016).

O envelhecimento traduz alterações a diversos níveis. De seguida, irão ser especificadas as áreas mais afetadas pelo processo de envelhecimento e de maior impacto para a nossa intervenção.

1.1 Alterações decorrentes do processo de Envelhecimento

1.1.1 Alterações Sensoriais

Com o envelhecimento ocorrem alterações sensoriais e perceptuais, como decréscimos na acuidade visual e auditiva (Cancela, 2007; Levy, 2000). Verifica-se uma perda gradual da audição, uma diminuição das papilas gustativas e dificuldade em identificar cheiros (Juhel, 2010). No olho existe diminuição da percepção e da acuidade visual, ocorrendo sobretudo alterações no cristalino, que perde transparência e causa catarata (Juhel, 2010).

O declínio sensorial também se dá ao nível do tato. A pele, como a conexão entre a pessoa e o seu meio, perde elasticidade e fica ressequida (Levy, 2000; Juhel, 2010). Um dos aspetos importantes de habilidades motoras finas é o sentido tátil, ou seja, o toque. Sem ele, estaria-se em perigo constante, uma vez que, o tato alerta para os riscos que nos ameaçam (Juhel, 2010). Nas alterações cutâneas estão igualmente representadas as alterações de vibração ou térmicas (Melo e Barreiros, 2002; Juhel, 2010). Esta alteração, associada à diminuição de capacidades do SNC, torna difícil a integração de todas as fontes de informação (táteis, auditivas, cinestésicas ou visuais), traduzindo-se numa integração sensorial deteriorada de representações da realidade ou do seu desajuste temporal (Melo e Barreiros, 2002). À medida que se envelhece, esta perda, juntamente com a diminuição da velocidade da reação a estímulos externos, pode causar ferimentos ou queimaduras, uma vez que os estímulos não são percebidos de forma suficientemente rápida (Juhel, 2010). Ao nível dos pés a sensibilidade de recetores também está alterada, o que resulta numa fraca percepção de profundidade e consistência do solo, afetando assim o equilíbrio e a coordenação (Juhel, 2010).

A diminuição ou perda de visão e de audição podem representar não apenas problemas sensoriais, uma vez que a privação sensorial também pode ter implicações na qualidade da interação social, mas também provocar isolamento (Levy, 2000).

No que reporta à qualidade de vida, esta tem uma relação diretamente proporcional ao nível de autonomia e independência do idoso que, por sua vez são afetados pelas dificuldades sensoriais características do envelhecimento (Levy, 2000).

1.1.2 Alterações Físicas/ Biológicas:

Segundo Fachine e Trompieri (2012) ao longo do envelhecimento vão ocorrendo alterações biológicas (músculo-esqueléticas, nervosas, entre outras) como é exemplo a perda de massa muscular, que leva a alterações no sistema músculo-esquelético, e problemas de

equilíbrio. Alterações estas que se agravam quando conjugadas com alterações da visão, da audição e da força muscular (Levy, 2000).

As primeiras dificuldades evidenciadas pelos idosos passam pela discriminação dos movimentos passivos e ativos dos membros superiores e inferiores (Melo e Barreiros, 2002). A falta de habilidade para reconhecer a posição dos segmentos corporais, associada à diminuição da sensibilidade à pressão, trazem problemas ao nível do controlo postural, sobretudo em condições de visão reduzida (Melo e Barreiros, 2002). A postura e a marcha exigem um grande esforço para suportar o corpo e preservar o equilíbrio (Levy, 2000). Posto isto, subir escadas, a partir dos 70 anos, torna-se uma tarefa complexa e insegura. Alguns idosos não conseguem sequer subir degraus altos, mesmo com ajuda do corrimão (Melo e Barreiros, 2002).

Outra alteração biológica verificada ao nível do envelhecimento é ao nível do sistema cardiovascular. Este possui menor capacidade de aumentar o número e a força dos batimentos cardíacos, de onde advém o aumento da fadiga (Fechine, e Trompieri, 2012).

Face ao exposto é necessário evitar que as mudanças físicas associadas ao envelhecimento afetem a mobilidade e postura, e levem assim a problemas de dependência. Embora se note nos idosos uma diminuição do equilíbrio, uma menor velocidade na execução de movimentos e uma diminuição do tónus muscular, isso não significa que o idoso não seja capaz de se deslocar, mas que o irá fazer de forma mais lentificada (Juhel, 2010).

1.1.3 Alterações sociais:

O idoso está em contacto com diversas alterações sociais que condicionam o seu dia a dia sendo para Caldeira (1978), a mais importante a reforma, que poderá ser entendida por muitos, que deixaram de ser úteis, não possuindo um papel ativo na sociedade (cit in Agostinho, 2004)

Levy (2000) considera que as relações sociais estão alteradas, principalmente nos grandes centros urbanos, onde, normalmente, as habitações dos familiares estão mais distanciadas. Além disso, o idoso perde autoridade dentro do seio familiar, sendo privado de autonomia nas suas decisões do quotidiano (Levy, 2000). Assim o ambiente em que se encontra inserido, tem um grande contributo para o modo como vive a sua velhice, numa perspetiva social, podendo a falta de integração no seu seio familiar aumentar os seus sentimentos negativos em relação à velhice (Agostinho, 2004).

Assim, por se considerar o idoso um elemento com maiores dificuldades a diversos níveis, a sociedade inibe-se de comunicar com ele predispondo ao isolamento (Juhel, 2010). Na mesma medida e tal como foi supramencionado também as dificuldades sensoriais são preponderantes para a manutenção e qualidade das relações sociais (Juhel, 2010; Levy, 2000).

1.1.4 Alterações cognitivas

Segundo Cancela (2007) as habilidades cognitivas atingem o pico por volta dos 30 anos, começam a diminuir a partir dos 50/60 anos, sendo este declínio acentuado a partir dos 70 anos. Nestas idades, são emergentes as alterações cerebrais e os défices cognitivos (Pais, 2008a; Olave-Sepúlveda e Ubilla-Bustamante, 2011), essencialmente na memória, na atenção e na velocidade do processamento de informação (Olave-Sepúlveda e Ubilla-Bustamante, 2011). Frequentemente, no dia-a-dia, é necessário prestar atenção a estímulos simultâneos, mas com o avançar da idade essa capacidade reduz-se. Portanto, para memorizar algo é necessário um maior nível de concentração para cada estímulo (Pais, 2008a).

No envelhecimento normal, o empobrecimento neuronal causado pelo tempo conduz a um declínio funcional irremediável (Fonseca, 2001). Como consequência da deterioração do sistema nervoso, as operações relativas à memória (mnésicas), tomada de decisão (planeamento), atenção e aprendizagem apresentam um desfaseamento temporal, que se observa através de comportamentos mais lentos (Melo e Barreiros, 2002). Além destas operações, também existem dificuldades na transferência de dados da memória de curto para longo prazo. Esse facto é considerado um dos problemas típicos de memorização do idoso (Melo e Barreiros, 2002).

As alterações no funcionamento da memória, mais propriamente na memória a curto prazo/trabalho, quando decorrentes de um envelhecimento normal, não são o tipo de défice que mais se evidencia (Pais, 2008a). No entanto, um indicativo da existência de alterações na memória de trabalho/curto-prazo é a diminuição na capacidade de gerir informação e conjugá-la com a restante informação do sistema cognitivo (Pais, 2008a).

Segundo Pais (2008a), possui-se diferentes tipos de memórias: semântica, implícita, prospetiva e episódica. A memória semântica não parece ser alterada pelo envelhecimento, esta costuma ser avaliada através de tarefas de conhecimento geral, entre outras; já a memória implícita diz respeito a tarefas que estão automatizadas, sofrendo menos com os efeitos da idade (Pais, 2008a); por sua vez a memória prospetiva é um tipo de memória para ações que devem ser desencadeadas num futuro mais ou menos próximo

e sofre influência pelo processo de envelhecimento (Pais, 2008a). Efetivamente as maiores alterações do envelhecimento fazem-se sentir na memória episódica, mas os tipos de défices encontrados nesta memória são diferentes quando apresentados num envelhecimento normal e num envelhecimento patológico. Desta forma, a memória episódica pode ser equilibrada com o ensino de pequenas estratégias compensatórias (i.e. aumentando a atenção) quando se trata de um envelhecimento normal (Pais, 2008a).

1.1.5 Alterações Psicomotoras

O nosso corpo é o meio através do qual nos relacionamos com o espaço envolvente e com os outros. Ele expressa as posturas, gestos, emoções e tensões (Juhel, 2010). Com o envelhecimento, a imagem e o esquema corporal modificam-se devido a alterações existentes no corpo, tal como a acumulação de gordura (Juhel, 2010). Assim, neste processo, o esquema corporal e os esquemas motores básicos, encontram-se afetados fragilizando o equilíbrio estático (Madera, 2005).

Segundo Fonseca (2010), sabe-se que, uma estruturação espacial estável permite a criação de relações com o envolvimento, partindo do corpo, da locomoção e da perceção até chegar à representação do espaço (envolvendo as relações de cima-baixo, frente-atrás, esquerda-direita). Conclui-se assim que, é o nosso corpo que molda as pistas espaciais e desta forma, quando existem alterações ao nível corporal e espacial as capacidades de locomoção e deslocamento dos idosos ficam diminuídas, surgindo desorganização espacial (Juhel, 2010).

Por sua vez, a estruturação temporal encontra-se ligada à estruturação rítmica em termos de memória a curto prazo e reprodução motora. A estruturação temporal permite a organização e sequencialização de acontecimentos, fornecendo a sua localização no tempo e a preservação das relações entre eles (Fonseca, 2010). Apesar de esta capacidade ser importante, devido essencialmente à possibilidade da realização das Atividades de Vida Diária (AVD) em sequência, a estruturação temporal encontra-se alterada no envelhecimento (Juhel, 2010).

A coordenação motora está dependente do esquema corporal, da representação mental do movimento, da orientação espaço temporal e perceção visual apropriada e estes são fatores, como se acabou de ver, alterados com o envelhecimento, por isso a coordenação também se encontra afetada (Juhel, 2010).

Segundo Cancela (2007), a combinação da lentificação do SNC, com o decréscimo da memória de trabalho e das alterações sensoriais e percetuais limitam os recursos de processamento em situações que anteriormente se apresentavam fáceis (e.g. andar ou

manter o controlo postural torna-se menos automático). O nível de lentidão que se assiste nos idosos é claramente afetado por variáveis biológicas, por exigências da tarefa e pela sua complexidade (Melo e Barreiros, 2012).

O envelhecimento muda a maneira de um indivíduo de se levantar (postura) e reagir a perturbações do equilíbrio (Juhel, 2010). Portanto, as pessoas idosas tendem a reagir à perda de equilíbrio enrijecendo os músculos em vez de utilizar a flexibilidade. Ao fazer isso, torna-se muito difícil para ela manter o equilíbrio ou controlo em situações inesperadas (Juhel, 2010). Os idosos podem ter problemas de equilíbrio em terreno instável, como se estivessem a caminhar sobre um tapete de espuma. Na neve, perde mais facilmente o equilíbrio (impressões tácteis), causando a perda de contato plantar (Juhel, 2010). Para o défice de equilíbrio também são consideradas as dificuldades sensoriais (Aubert e Albaret, 2001; Juhel, 2010) referidas anteriormente.

Quando se trata de um envelhecimento normal, os tremores ocorrem com frequência nos idosos, durante as atividades diárias que exigem movimentos delicados (praxia fina) e desaparecem com o relaxamento muscular completo (Juhel, 2010). A praxia fina está relacionada com a coordenação dos movimentos oculares e a parte sensorial (Fonseca, 2010), questões alteradas com o envelhecimento. Consequentemente, a componente da escrita, que é importante para alguns idosos, altera-se, existindo movimentos com menor amplitude e precisão (Aubert e Albaret, 2001).

De seguida irá referir-se alterações decorrentes num envelhecimento patológico, mais propriamente na demência.

1.2 Envelhecimento na Demência

Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques, (2013) referem que pouco mais de metade dos portugueses com mais de 50 anos declara ter pelo menos uma doença crónica diagnosticada por um médico. Isto aumenta significativamente a partir dos 65 anos e, mais ainda, a partir dos 75 anos. As doenças crónicas mais relatadas são doença do aparelho cardiovascular, doença do sistema musculo-esquelético e do tecido conjuntivo, doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e imunitárias, nomeadamente diabetes do tipo 2. Para outros autores e na realidade de outros países, além destas doenças, existem perturbações afetivas, tais como, depressão, especialmente em idosos institucionalizados (Olave-Sepúlveda e Ubilla-Bustamante, 2011).

Para Quinhones e Gomes (2011), com o avançar da idade, os padrões normais do sono modificam-se quantitativamente e qualitativamente. Na ausência de doenças coexistentes com o avanço da idade, há pouca diferença nas características do sono, mas

as doenças clínicas ou psiquiátricas, favorecem a utilização de medicamentos que podem provocar alterações no sono.

Previsivelmente, e de acordo com as características sociodemográficas, quanto mais idosa for a pessoa, maior a propensão para a morbilidade, sendo necessários mais cuidados (Levy, 2000; Cabral et al., 2013).

As patologias do envelhecimento, como se viu, podem variar desde lesões cardiovasculares e cerebrais, até alguns tipos de cancro (que pode advir do estilo de vida, dos fatores ambientais ou também de mecanismos genéticos) (Fechine e Trompieri, 2012). Fonseca (2001), acrescenta ainda que, com o tempo, tendem a emergir problemas de memória, de humor, de concentração, de atenção e de rapidez de pensamento. Primeiro, de forma pouco óbvia e benigna, mais tarde, de forma óbvia e patológica, por vezes, com conotações trágicas. Consoante se envelhece, são normais alterações no funcionamento cognitivo, no entanto, algumas dessas alterações podem ser superiores às esperadas no envelhecimento normal, podendo indicar uma patologia (Pais, 2008a). Assim, segundo Cancela (2007), os défices cognitivos associados ao envelhecimento devem ser cuidadosamente avaliados para que não evoluam para quadros mais graves, como a demência. Até chegar ao quadro de demência é possível que anteceda um quadro de défice cognitivo ligeiro (DCL), para o mesmo autor a área mais afetada no DCL, é normalmente a aprendizagem e memorização de nova informação, embora nalguns casos possa haver problemas na linguagem, capacidades visuo-espaciais ou do raciocínio. Um idoso com DCL deve ser acompanhado, assim como todos os idosos, devendo ser alvo de um programa de estimulação cognitiva, para ajudar a superar e compensar défices adquiridos (Cancela, 2007).

É importante perceber que a demência não é uma parte normal do envelhecimento, embora afete principalmente pessoas mais velhas (World Health Organization [WHO], 2015), e que as demências são um dos problemas de saúde mental mais frequentes nos idosos, com grande impacto junto da população portuguesa (Sobral e Paúl, 2015).

De acordo com o Manual de diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), o termo “demência” deu origem à Perturbação Neurocognitiva (PNC) major (APA, 2014). No entanto, esse termo não é excluído nos subtipos etiológicos nos quais o termo é norma. Além disso, o DSM-5 reconhece um grau menos grave de défice cognitivo, a PNC ligeira, que se inseria nas “Perturbações Cognitivas sem outra especificação” no DSM-IV. Os critérios de diagnóstico são indicados para ambas as entidades sindrômicas, seguidos dos critérios de diagnóstico para os diferentes subtipos etiológicos (APA, 2014). Tendo em conta que o termo “demência” é ainda muito utilizado, tanto em contexto médico como

institucional, é ainda mantido no DSM-5 (APA, 2014). É por este motivo que, neste relatório, o termo “demência” seja ainda mencionado.

O aumento da esperança média de vida, acompanhado de um envelhecimento demográfico, tem provocado um crescimento significativo da prevalência das demências a nível mundial, sendo a demência de Alzheimer a mais frequente entre elas (Vázquez e Mila, 2014). O número total de pessoas estimada com demência em 2015 era 47.5 milhões. Pensa-se que cresça para 75.6 milhões em 2030 e 135.5 milhões em 2050 (WHO, 2015).

A Demência possui uma natureza crónica ou progressiva, causada por uma variedade de doenças no cérebro que afetam a memória, o pensamento, o comportamento e a capacidade de realizar atividades quotidianas (WHO, 2015; Liden, Collete e Julleerat, 2001). Existe uma deterioração progressiva dos sistemas de perceção e um aumento do tempo de reação ou de movimento (Albaret, Aubert e Sallagoity, 2001). A principal característica desta síndrome é uma deterioração lenta e contínua (Liden, et al., 2001). Nesta sequência, podem existir fases pré-clínicas da demência antes de existir uma demência propriamente dita (Vázquez e Mila 2014). Os limites entre os diferentes subtipos desta síndrome são ténues, principalmente devido aos mecanismos de compensação que o Sistema Nervoso é capaz de desenvolver (Vázquez e Mila 2014).

Um dos problemas do diagnóstico de demência é o facto de ser influenciado por numerosas variáveis socioculturais. Portanto, existe o risco de um diagnóstico errado num sujeito iletrado, ou vice-versa, de ignorar um diagnóstico de demência num indivíduo mais jovem com um elevado nível de educação (Liden, et al., 2001). A principal diferença entre o DCL e a demência é a gravidade com que afeta as funções intelectuais e as repercussões sobre o desempenho social, laboral e nas AVD do indivíduo (Vázquez e Mila 2014).

Na área social verifica-se um abandono gradual das AVD (familiar, social e profissional), juntamente com uma perda de autonomia (Liden, et al., 2001). Do mesmo modo, APA (2014) refere que se observa um declínio significativo num ou mais domínios cognitivos (e.g. funções executivas, aprendizagem e memória, entre outras). Os défices cognitivos presentes na PNC major interferem na realização independente das AVD e não estão associados a outra perturbação mental (e.g. perturbação depressiva major). Estes défices ocorrem em várias situações e não apenas no contexto de delirium (APA, 2014). A avaliação destas dificuldades cognitivas é possível através de testes neuropsicológicos ou por outra avaliação clínica quantitativa (APA, 2014).

Na PNC deve especificar-se os diferentes subtipos (Doença de Alzheimer [DA], Degeneração Lobar frontotemporal...) de acordo com a entidade patológica/etiológica, conhecida ou presumida e especificar se é acompanhado ou não de perturbação do

comportamento (e.g. perturbação de humor, apatia, entre outros sintomas comportamentais) (APA, 2014).

A Demência pode ser divididas em três fases (ligeira, moderada e grave) de acordo com o nível de défices cognitivo e o grau de dependência do indivíduo (Bottino et al., 2002). A APA (2014), confirma estas três fases, assim sendo, na fase **Ligeira**, caracterizada por dificuldades nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (e.g. gestão do dinheiro), é comum a apatia, mais propriamente na DA e na degeneração lobar frontotemporal. A apatia é a diminuição da motivação e do interesse para as atividades com reatividade emocional (APA, 2014). A fase **Moderada** caracteriza-se por dificuldades nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) (e.g. vestir), e agitação. As características psicóticas são comuns a muitas PNC, em especial na fase ligeira e moderada da PNC major, devida à DA, degeneração lobar frontotemporal e corpos de Lewy (APA, 2014). A fase **Grave**, quando a pessoa é totalmente dependente, caracteriza-se por agitação (APA, 2014).

É difícil definir a fronteira entre uma PNC ligeira e uma PNC major, uma vez que se manifestam num contínuo, sendo essencial realizar uma observação e uma história clínica cuidadosa (APA, 2014).

Na PNC ligeira, os declínios cognitivos são avaliados nas mesmas circunstâncias da PNC major, mas caracterizam-se por os défices serem mais ligeiros (APA, 2014). Nesta os défices cognitivos não interferem na realização independente das AVD (APA, 2014). Os subtipos são os mesmos da PNC major e pode ser acompanhada de perturbação do comportamento tal como nas PNC major, devendo ser especificados tanto os subtipos como as perturbações (APA, 2014). Uma das diferenças entre a PNC ligeira e a PNC major é, na primeira, o indivíduo fazer referência a maiores dificuldades na realização de tarefas, comparativamente com o passado, ou à necessidade de mais tempo e estratégias para tal, enquanto, na PNC major, o indivíduo realiza com ajuda de outros ou desiste da tarefa (APA, 2014). Os sintomas de uma PNC ligeira podem ser difíceis de identificar ou confundidos com um envelhecimento normal. Sendo essencial referir todas as mudanças ocorridas para se despistar as dificuldades provenientes de défices cognitivos e não a outros défices (APA, 2014). Um dos possíveis sintomas das PNC são as alucinações em qualquer modalidade sensorial, embora as alucinações visuais sejam as mais comuns (APA, 2014).

A prevalência das PNC nos Estados Unidos da América está estimada para a população mais idosa, variando de acordo com a idade e o subtipo etiológico. Sabe-se que aumenta progressivamente em indivíduos com idade superior aos 60 anos (APA, 2014). Os valores estimados para a demência (concordante com a PNC major) aos 65 anos é cerca de 1% a 2%. A prevalência aos 65 anos para o DCL (concordante com a PNC ligeira)

variam entre 2 % e 10% (APA, 2014). Segundo Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues e Carvalho, (2015) Portugal encontra-se com uma população envelhecida, previsivelmente com um número crescente de casos de demência, uma vez que esta se encontra ligada ao envelhecimento, existindo poucos dados relativamente à epidemiologia da demência e menos ainda acerca dos diferentes subtipos de demência.

A evolução das PNC depende do seu subtipo etiológico, uma vez que alguns subtipos (e.g. relacionados com um AVC) têm início em momento bem definido, enquanto outros (devido a doenças neurodegenerativas, como a DA ou a degeneração Lobar Frontotemporal) têm um início mais insidioso e progressivo (APA, 2014). Segundo Boerges et al. (2010) é possível traçar um perfil de semelhança entre o desenvolvimento da criança e a involução causada por uma perturbação degenerativa (podendo haver exceções). As PNC são mais fáceis de identificar em idades mais jovens, sabendo-se que nos mais idosos, os défices cognitivos podem passar despercebidos face à consideração do fator idade. Uma PNC ligeira pode ser confundida com os défices do envelhecimento normal (APA, 2014). As pessoas com PNC major apresentam mais dificuldades em ambientes com muitos estímulos e necessitam de se concentrar numa tarefa de cada vez (APA, 2014). Já com PNC ligeira, as pessoas demoram mais tempo do que anteriormente a realizar as tarefas habituais. Apresentam dificuldades em realizar tarefas simultâneas ou em retomar tarefas (APA, 2014).

Os quatro subtipos de demências mais comuns, por ordem de frequência, são a DA, vascular, com corpos de Lewy e degeneração lobar frontotemporal (WHO, 2012). As estimativas da proporção de casos de PNC atribuíveis a cada um destes subtipos deve ser interpretado com cautela, uma vez que é baseado em padrões de diagnóstico clínicos típicos de início e decorrer da doença (WHO, 2012).

A DA caracteriza-se por um início do declínio cognitivo insidioso e progressivo, com repercussões evidentes a nível comportamental. Numa PNC ligeira existem défices de memória e aprendizagem, já numa PNC major (antiga demência de Alzheimer) são visíveis défices ao nível da capacidade visuoespacial/ perceptivomotora e linguagem (APA, 2014). É uma doença degenerativa, caracterizada por perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas, que afetam o utente nas suas AVD e no seu desempenho social e ocupacional (Bottino et al., 2002). Na fase inicial, pode observar-se dificuldade em executar tarefas relacionadas com o trabalho, para lidar com situações complexas e aprender tarefas novas (Borges et al., 2010). Posteriormente, essa dificuldade pode ser observada na orientação espacial, temporal e noção de corpo, piorando progressivamente de acordo com as perdas cognitivas (Morais, 2007; Borges et al., 2010). “A evolução da doença varia

de pessoa para pessoa, constatando-se uma grande heterogeneidade desta população ao nível das problemáticas manifestadas” (Morais, 2007 p.28).

A DA é rara antes dos 60 anos e a prevalência aumenta posteriormente de forma progressiva. O género feminino está associado a maior prevalência da demência, principalmente com o subtipo de DA, amplamente relacionado à longevidade deste género (APA, 2014). Segundo a APA (2014) existem manifestações comportamentais e psicológicas em 80% dos casos diagnosticados com PNC major devida a DA, sendo comuns os sintomas psicóticos, a irritabilidade, a agressividade, entre outros (APA, 2014). A PNC ligeira devido a DA representa, provavelmente, uma fração substancial dos défices cognitivos ligeiros (DCL).

Outro dos subtipos, a PNC Frontotemporal, inicia-se mais precocemente e a probabilidade de aparecer diminui com o avançar da idade (APA, 2014). A PNC Frontotemporal Major ou Ligeira inclui diversas variantes de sintomas, caracterizados pelo desenvolvimento progressivo de alterações do comportamento e da personalidade, podendo co-ocorrer com défices da linguagem (APA, 2014). Os indivíduos com esta perturbação apresentam então vários níveis de desinibição ou apatia. Do mesmo modo, o juízo crítico encontra-se, geralmente, reduzido, constatando-se perda de interesse na socialização e em auto cuidar-se. Nesta patologia, a sobrevivência é menor e o declínio é mais rápido (APA, 2014).

Na PNC Vascular Major ou Ligeira é necessário que a doença cerebrovascular seja a patologia dominante ou a única responsável pelos défices cognitivos. A apresentação clínica depende da extensão e localização da lesão vascular (APA, 2014). Sabe-se, com base na APA (2014) que a avaliação desta perturbação é feita com base na história clínica, exame físico ou imagiológico. A evidência da doença cerebrovascular inclui história clínica com a presença de acidente vascular cerebral (AVC), com declínio cognitivo temporalmente relacionado com o evento e sinais físicos compatíveis com um AVC. Pode ocorrer em qualquer idade, embora a probabilidade aumente a partir dos 65 anos (APA, 2014). Existe, igualmente, a possibilidade de PNC major vascular aparecer depois de diversos episódios de AVC. As patologias vasculares são acompanhadas, frequentemente, de sintomas parkinsonianos e outros défices do tipo sensoriomotor como, por exemplo, problemas com a marcha, tremores, paralisias (Rodríguez, 2003).

Segundo o DSM-5, no que reporta à PNC major ou ligeira com corpos de Lewy, esta caracteriza-se por um défice cognitivo progressivo, com alterações precoces quer na atenção quer nas funções executivas, não se registando alterações na aprendizagem e na memória. Os indivíduos apresentam alucinações visuais recorrentes e dificuldades do

sono. A PNC major ou ligeira com corpos de Lewy é uma perturbação gradualmente progressiva com início insidioso, normalmente precipitado por doenças ou cirurgias. Os idosos apresentam mais défices no funcionamento do que seriam esperados para os seus défices cognitivos, quando comparados com indivíduos com outras doenças degenerativas, como é exemplo a DA (APA, 2014).

Também se irá abordar a PNC major ou ligeira devido à doença de Parkinson e a PNC não especificado, uma vez que foram patologias presentes nos estudos de caso e considera-se a sua abordagem.

Relativamente à PNC major ou ligeira devido a doença de Parkinson, é de conhecimento que o declínio cognitivo, característico da mesma, se deve à doença de Parkinson já instalada, não existindo, portanto, a evidência de outra perturbação que possa causar défice. Quer isto dizer que, a doença de Parkinson tem de preceder a PNC (APA, 2014). Esta perturbação será mais aprofundada no estudo de caso de grupo.

No que diz respeito à PNC não especificada, esta acontece quando os sintomas são característicos de uma PNC, causando mal-estar e défices nos domínios social, laboral e noutras áreas importantes. Contudo, as alterações provenientes da perturbação não são suficientes para preencher critérios de diagnóstico para nenhuma das PNC anteriormente referidas (APA, 2014). A etiologia específica não consegue ser determinada com razoável certeza (APA, 2014).

Quando um familiar possui demência com os mais diversos subtipos, é comum **institucionalizar** geralmente em instituições de longo internamento (Schulz et al., 2004), uma vez que os idosos com demência, como já foi descrito, perdem progressivamente as suas capacidades cognitivas e motoras, podendo gerar um sentimento de sobrecarga na família, com a progressão da perturbação (Schulz et al., 2004). Posto isto, apesar de a institucionalização não ser alternativa para todas as pessoas, para outras é a solução dos seus problemas (Daniel, 2009; Cordeiro, 2008). Normalmente, o internamento definitivo das pessoas idosas em lares implica uma rotura com o quadro de vida quotidiano (Cordeiro, 2008).

1.3 Institucionalização

Os idosos que desfrutam de boas condições de saúde e financeiras não trazem preocupações para a família nem para a sociedade, pois são considerados bons consumidores, além de ajudarem os seus familiares. Entretanto, quando os idosos se deparam com situações de doença e dependência, verifica-se um aumento dos gastos financeiros, passando a interferir na vida dos familiares e tornando-se uma fonte de

preocupação e motivo de institucionalização (Lisboa e Chianca, 2012). Segundo Neto e Corte-Real (2013) a institucionalização é uma realidade cada vez mais presente na vida da pessoa idosa, sendo um tema focado pela literatura, nas últimas décadas, devido às mudanças neste domínio. Existe a necessidade de se conhecerem os fatores a ela associados, desde o impacto na vida das pessoas idosas, até à necessidade de se fomentar o conhecimento de práticas que promovam o bem-estar destas pessoas.

Em Portugal atualmente, o serviço de assistência social portuguesa prestado aos idosos, segundo Paiva e Villarouco (2012), apresenta-se sob oito tipos de valências, (lares para idosos, centro de convívio, centro de dia, residência para idosos, serviço de apoio domiciliário, acolhimento familiar, centro de acolhimento temporário e centro de noite.

A população portuguesa candidata a estes estabelecimentos está a mudar, apresentando diferentes histórias de vida e idade mais avançada, com várias morbilidades, maior severidade e dependência (Daniel, 2009). Os lares devem ser entendidos como um local da dignificação da pessoa humana, não como o último recurso (Daniel, 2009).

A institucionalização resulta na maioria dos casos, na impossibilidade de manter a pessoa com PNC no seio da família. Essa decisão deverá ser tomada de acordo com a melhor opção para a pessoa, tendo em conta os condicionalismos pessoais e sociais. Este é um ato que deve ser equacionado atempadamente para a pessoa com PNC exprimir precocemente os seus desejos, de modo a prever uma situação mais conveniente para si e para os seus familiares (Pontes, 2012). Neste seguimento, nas decisões tomadas para futuro, é possível defrontar com um conflito ético aparente entre acatar a decisão prévia, respeitando a integridade da autonomia, ou não a cumprir em nome do bem-estar do utente e do princípio da Beneficência (Pontes, 2012).

Como se verá de seguida, são distintas as causas da institucionalização, como os conflitos familiares (Souza, Minayo, Ximenes e Deslandes, 2002; Jesus, Sena, Meira, Gonçalves, e Alvarez, 2010), sendo o idoso visto como um fardo pelos cuidados que requer em termos de alimentação, higiene, atenção médica, prevenção de acidentes, entre outros. Além da presença do idoso ser apontada como fonte de dificuldades relacionais entre os membros da família, se esses conflitos não forem resolvidos podem levar à rejeição e isolamento do idoso, inviabilizando uma convivência saudável (Souza et al., 2002). Por vezes, os idosos ainda com capacidades de decisão, de forma a não gerar conflitos ou viver em solidão, solicitam a sua institucionalização (Souza et al., 2002; Schoenmakers, Buntinx, Devroey, Casteren e DeLepeleire, 2009). Em muitos dos casos, o idoso não constituiu família, não possuindo esposa ou descendentes diretos, e assim a institucionalização é praticamente uma consequência quase natural, uma vez que

comumente são os irmãos que passam a assumir a responsabilidade pelo cuidado (Rissardo, Furlan, *Grandizolli, Marcon e Carreira*, 2012). O mesmo acontece no caso dos idosos em abandono, quer por sua decisão quer por decisão de terceiros (Jesus et al., 2010). Nestes casos é evidente a insatisfação dos idosos por residir na instituição e nela permanecer, pelo facto de não terem condições de optar por outro lugar para morar (Rissardo et al., 2012).

Segundo dados da literatura, existem múltiplos fatores que influenciam a institucionalização sendo eles, a relação entre o cuidador e o idoso, ou seja aqueles que não possuem uma relação conjugal têm tendência para institucionalizar mais cedo (Roesler, Sousa, Ferreira, e Peixoto, 2012); os problemas comportamentais e a forma como os cuidadores reagem a esses problemas, emocionalmente (Schoenmakers, et al., 2009; Vugt, et al., 2005); as famílias possuírem filhos pequenos a cargo (Vugt, et al., 2005); e no caso de idosos com demência, o apoio profissional sentido pelos familiares, ou falta deste, é uma das principais razões para a institucionalização (Schoenmakers et al., 2009). Nesta sequência, também é verificada uma nova configuração familiar, em que a mulher está inserida no mercado de trabalho, não permanecendo tão disponível para cuidar dos idosos da sua família (Lisboa e Chianca, 2012).

A decisão final da institucionalização, quando o idoso possui demência, passa por uma complexa interação dos cuidadores profissionais, do próprio e dos familiares (Schoenmakers et al., 2009). Posto isto, e neste seguimento, os autores Jesus et al. (2010), apontam sentimentos provocados no idoso com a institucionalização que podem ser negativos (solidão, angústia, ausência de liberdade) ou positivos (segurança de casa e bem-estar).

Embora a institucionalização seja geralmente rejeitada e temida pela maioria das pessoas idosas, é essencial para algumas famílias que, por motivos financeiros ou emocionais, não têm capacidade de cuidar dos seus familiares (Neto e Corte-Real, 2013). É necessário olhar para o lar como uma resposta social que possui vantagens face a outras respostas sociais (Daniel, 2009).

Posto isto, por um lado as instituições são benéficas porque oferecem acolhimento, acesso à assistência médica, alimentação e residência, ou ainda, porque diminui a sobrecarga dos cuidadores (Jesus et al., 2010); sendo também importantes e necessárias como suporte, principalmente para aqueles idosos que não possuem estrutura familiar (Rissardo et al., 2012).

Por outro lado, podem representar um enfraquecimento ou rotura dos laços familiares e sociais, já fragilizados por exemplo pelo desenvolvimento de uma PNC (Jesus et al.,

2010). Os idosos que estão institucionalizados despertam uma preocupação ainda maior pela fragilidade social, psicológica e física em que se podem encontrar, requerendo progressivamente cuidados de enfermagem mais qualificados, justificados pelo nível de dependência, patologias instaladas, número de medicamentos utilizados e riscos de complicações apresentadas (Lisboa e Chianca, 2012). Outra das desvantagens da institucionalização prende-se com a existência de sintomas de depressão entre idosos, condição com maior prevalência em mulheres, com algum tipo de limitação/dependência e que estão insatisfeitos com a instituição (Roesler et al., 2012). Mesmo para idosos com capacidades cognitivas conservadas, a institucionalização costuma trazer consigo uma série de prejuízos, tais como perdas de autonomia e identidade e a segregação geracional (Tomasini e Alves, 2007). Deste modo, as perdas inerentes ao envelhecimento, somadas àquelas sentidas a partir da institucionalização, são fatores de risco para declínios cognitivos, motivando diversas pesquisas para investigação de características demenciais de idosos institucionalizados (Junior, Gomes, Silva, Gabriel e Medeiros, 2014).

Sabe-se ainda que segundo Souza et al. (2002), a grande maioria das instituições é identificada como depósito de pessoas que não possuem afeto nem família e sem condições financeiras. Apenas um pequeno número dessas pessoas possui recursos financeiros, que lhes permitam morar em residências com um atendimento específico, personalizado e digno. Nestes casos as instituições passam a ser mais acolhedoras, seguras e em alguns casos mais apropriadas em comparação com as próprias (Souza et al., 2002).

Porém a existência de lacunas referentes à estrutura, à organização e à falta de recursos das instituições podem refletir-se na insatisfação dos residentes. Nesse sentido, é necessária uma melhoria do ambiente institucional para ampliar a qualidade de vida dos que habitam essas instituições (Rissardo et al., 2012). O desenvolvimento da população idosa e a necessidade social mostra que, são necessários mais estudos acerca da adequabilidade dos ambientes construídos para os idosos, a fim de proporcionar uma melhoria da qualidade de vida (Paiva e Villarouco, 2012; Junior et al., 2014).

Concluindo-se assim que, para o processo de (re)organização do idoso seja mais fácil, é necessário que a instituição permita que este se mantenha em contacto com a sua história de vida, devendo ser permitido que mantenha consigo objetos pessoais, decorando o ambiente a seu gosto e dando a sensação de um ambiente mais acolhedor e familiar (Rissardo et al., 2012).

O subcapítulo da Institucionalização surge neste relatório como uma reflexão sobre o contexto do local de estágio, onde são por demais evidentes os aspetos referidos ao

longo do texto, como por exemplo a possibilidade de colocar fotografias da família. Isso, sem dúvida, marca de forma significativa qualquer processo terapêutico a implementar.

1.4 Intervenção psicomotora na saúde mental

De seguida irá realizar-se o enquadramento teórico da intervenção psicomotora no envelhecimento, mais propriamente no âmbito da saúde mental que foi o tipo de população onde se realizou intervenção durante o estágio.

A Intervenção Psicomotora é uma terapia centrada na mediação corporal (Levy, 2000; Maximiano, 2004). Assim, tem como base o corpo, avaliando e observando as características do movimento, das atitudes, das posturas e dos gestos. Promove as vivências corporais, permitindo ao indivíduo construir uma maior capacidade adaptativa (Maximiano, 2004). Esta é uma intervenção que utiliza um conjunto de técnicas psicomotoras expressivas e de relaxação, sendo possível adaptar às características de cada indivíduo (Maximiano, 2004). Por conseguinte, a avaliação é baseada em observações iniciais e subsequentes e o que interessa não é utilizar apenas uma técnica, mas sim combinar conceitos de cada técnica em consonância com os objetivos terapêuticos estabelecidos para cada indivíduo (Maximiano, 2004). Após uma primeira avaliação, é estabelecido um plano terapêutico, onde se delineiam os objetivos gerais e específicos, como também as estratégias e formas de intervenção adequadas a cada utente (Maximiano, 2004).

Segundo Maximiano (2004) a intervenção psicomotora não pretende atuar sobre o sintoma, mas sim sobre a base promotora desse sintoma. Assim, devem ser tomadas em conta as vontades e desejos dos indivíduos, sendo estes fulcrais para as opções terapêuticas (Maximiano, 2004).

Segundo Fonseca (2001), a organização psicomotora tem o seu período crítico de desenvolvimento, considerando-se assim que os programas psicomotores representam uma mais valia para os idosos, pois têm como finalidade prolongar essa organização em termos de longevidade. A prática psicomotora com esta população (idosos/gerontes) denomina-se de gerontopsicomotricidade e desenvolve no sentido de atrasar a retrogénese psicomotora (Fonseca, 2001). A retrogénese é um processo que se refere às mudanças nas habilidades psicomotoras que ocorrem de forma inversa à aquisição do desenvolvimento motor normal (Borges et al., 2010).

A psicomotricidade é uma abordagem global que encara a pessoa como única, podendo atender às necessidades do idoso. É vista como uma terapia, que deve fazer parte da intervenção multidisciplinar do idoso atuando tanto na promoção de saúde como

na reabilitação (Levy, 2000). Esta pode ativar os neurónios corticais preservando as características de um cérebro funcional, sendo essencial para prevenir o envelhecimento precoce (Fonseca, 2001). A abordagem tem como principal objetivo a manutenção e promoção da capacidade funcional que está ligada à independência e autonomia que interferem na qualidade de vida (Levy, 2000; Vasconcelos, 2003). Esta intervenção permite, assim, manter a qualidade de vida, a criatividade e a motivação de muitos idosos (Fonseca, 2001).

A intervenção psicomotora dirigida a idosos com PNC não deve tratar apenas o aspeto reabilitativo, senão o corpo poderá perder o seu valor unitário (Madera 2005). Isto significa que, os idosos devem ser encarados de forma holística promovendo a autonomia e consequentemente a qualidade de vida (Pereira, 2004). Nesta intervenção, a motricidade deve ser entendida como um meio de comunicação e expressão quer do consciente, quer do inconsciente (Vasconcelos, 2003). Deste modo, os fatores psicomotores tornam-se importantes não apenas no aspeto motor, mas também no cognitivo, afetivo e social do ser humano (Borges et al., 2010). Assim sendo, com a intervenção psicomotora pretende-se a conservação da tonicidade funcional, de uma postura flexível, de uma boa imagem do corpo, de uma organização espacial e temporal, relacionando a criatividade, a emoção, a espontaneidade e a vitalidade aos idosos (Vasconcelos, 2003). As atividades psicomotoras estimulam a autoconsciência do corpo (Levy, 2000; Vasconcelos, 2003). Deste modo, o corpo é a expressão do pensar, sentir e agir, em relação aos outros, aos objetos e consigo mesmo. Desta forma, torna-se evidente que é necessário que haja consciência corporal para que haja melhor expressão (Levy, 2000; Madera 2005).

Segundo Rodríguez (2003), a psicomotricidade pode situar-se em três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. Este último é o que se irá destacar, uma vez que é o realizado na instituição de estágio. Esta intervenção ocorre quando a pessoa já tem um diagnóstico estabelecido e são evidentes os défices a nível cognitivo e funcional. Os principais objetivos passam pelo desenvolvimento de estratégias para superação das dificuldades, de forma a adiar os efeitos da deterioração associada à patologia e promover a autonomia na realização das atividades, mantendo a capacidade funcional e melhorando a qualidade de vida (Rodríguez, 2003). Os programas de estimulação e reabilitação psicomotora evitam a deterioração psicobiológica associada ao envelhecimento e doença e têm efeitos sobre a organização psicomotora e sobre as condutas cognitivas, afetivas e sociais, que estão a impedir a independência (Fonseca, 2001). Estes programas são aplicados através da integração das quatro dimensões anteriormente referidas (afetiva,

cognitiva, social e motora) de forma simultânea e com recurso aos fatores psicomotores (Borges et al., 2010).

Segundo Juhel (2010) a intervenção psicomotora apresenta como benefícios para a população idosa uma maior e melhor mobilidade, o reconhecimento de todos os segmentos corporais (Juhel, 2010), a possibilidade de organizar os movimentos no espaço que os rodeia e uma melhor percepção do esquema corporal e autoimagem. Em consequência desta intervenção e com a conjugação de todos os benefícios mencionados, o idoso passa a ter uma maior liberdade de movimento e equilíbrio (Juhel, 2010).

Nas sessões de intervenção psicomotora as tarefas realizadas devem ser simples e com instruções concretas. A exigência e o ritmo de execução da população devem ser apropriados, para que trabalhem sem fadiga a nível físico ou cognitivo (Rodríguez, 2003). Deste modo, os tempos das atividades nas sessões devem ser adaptados, devido à redução nos processos de atenção, à desaceleração geral e a uma maior fatigabilidade (Albaret, et al., 2001). Nesta população, as sessões em grupo criam um meio favorável para a interação social. Os idosos sentem-se aceites e, a partir da convivência que ocorre nas sessões, reconhecem-se e destacam-se as características individuais (Levy, 2000; Morais, 2007). Para isso, são colocados perante um espaço de atividade, convocando-os para uma melhor adaptação às mudanças do envelhecimento (Levy, 2000).

Maximiano (2004) refere que, na intervenção psicomotora em saúde mental a palavra é importante, pois permite a atribuição de significado e associação simbólica às sensações obtidas pelo diálogo corporal. Madera (2005) acrescenta que a expressão gestual e o movimento, como fatores importantes para mostrar o tipo de relação estabelecida com o mundo, permitindo à pessoa com PNC recuperar sensações e emoções através da comunicação com os outros. Assim, a comunicação (palavra, gestos, comportamentos, respiração, expressão/ aspeto facial) é um dos fatores preponderantes na intervenção psicomotora (Maximiano, 2004).

No que reporta às PNC, em específico da PNC devido à DA, sabe-se que é através da intervenção psicomotora que se torna possível desenvolver componentes objetivas (e.g. estado físico, cognitivo) e componentes subjetivas (e.g. autoestima). As atividades planificadas devem incluir intencionalidade de trabalho sobre as componentes psicomotoras, as memórias significativas e a relação com o outro (Morais, 2007). Na PNC frontotemporal, os utentes necessitam que a sala de psicomotricidade seja estruturada e simples, para que possam controlar as tarefas, não colocando em risco a manipulação dos materiais e atitudes perante outras pessoas (Rodríguez, 2003).

Segundo Pais (2008b) a PNC é uma perturbação que envolve vários custos, quer a nível pessoal, social e ou familiar, não estando a maioria das sociedades preparada para os custos que o seu tratamento (farmacológico e não farmacológico) acarreta. Como exemplo prático tem-se o facto da intervenção cognitiva, ser encarada, a maioria das vezes, como um luxo, e não estar disponível na maioria dos serviços públicos. Contudo, a evidência da sua utilidade como terapêutica em parceria com a farmacologia é crescente, sendo que o treino repetido traz benefícios importantes ainda que ligeiros (Pais, 2008b). Ao incluir a estimulação cognitiva na intervenção, o primeiro objetivo representa a estimulação da memória, podendo ser através de pistas para a memorização, i.e. dar pistas de um animal e quando este for solicitado perguntar pelas pistas para que o individuo possa dizer o animal que memorizou (Pais, 2008b), sendo um dos comportamentos que se podem implementar com objetivo de melhorar as competências mnésicas (Pais, Cruz e Nunes, 2008). Para rentabilizar o funcionamento da memória, para além do treino, que é essencial para o seu bom desempenho, existem estratégias que podem ser aplicadas no dia a dia (Pais et al., 2008), como a promoção do desempenho da atenção e concentração, uma vez que a atenção é um recurso finito (Pais et al., 2008).

Todos os utentes com demência beneficiam de uma intervenção psicomotora, mesmo que em diferentes níveis, nas características funcionais, motivação, autonomia e relação interpessoal (Madera, 2005). Assim, a psicomotricidade, no contexto Psicogeriátrico, é uma técnica de intervenção não farmacológica. Permite a manutenção dos fatores psicomotores e desenvolve a capacidade de adaptação às mudanças, corporais e psicossociais, que acontecem no idoso, promovendo autoconscencialização corporal e desenvolvendo estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas (Morais, 2007).

Uma proporção significativa de pessoas com DCL acaba em demência, sendo por isso a intervenção precoce benéfica, tornando mais lenta a evolução clínica desta perturbação (Cancela, 2007).

Nas unidades onde se realizou o estágio, o diagnóstico mais presente foi a PNC. Desta forma, o enquadramento institucional da psicomotricidade pode ser considerado um exemplo de excelência que deveria ser reproduzido em muitas outras instituições do país que prestam cuidados terapêuticos e ocupacionais a pessoas idosas.

A instituição rege-se por valores como “Sensibilidade em relação aos excluídos; Serviço aos doentes e necessitados; Acolhimento libertador; Saúde integral; Qualidade profissional; Humanidade na atenção; Ética em toda a atuação; Consciência histórica” (IHSCJ/CSI, 2015. para.7)

A CSI é uma instituição inserida na comunidade que está sempre em evolução de acordo com as necessidades da população em cada momento, fornecendo ajuda especializada, em saúde mental e psiquiatria, que é enquadrada de acordo com aspetos sociais e médicos, ou seja, além da dimensão física, social e psíquica, também tem em conta os aspetos espirituais do utente (IHSCJ/CSI, 2015).

O Instituto das Irmãs hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus ao qual pertence a CSI tem como objetivo institucional a qualidade, cuja concretização constitui um compromisso dos centros assistenciais, dos profissionais e das equipas. Este objetivo manifesta-se na dinâmica de melhoria contínua, aos vários níveis de intervenção, quer na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação, de modo a satisfazer as necessidades dos utentes, familiares, profissionais, voluntários, entidades parceiras e financiadoras (IHSCJ, 2010).

A CSI presta cuidados de acordo com o modelo assistencial hospitalar que abrange as vertentes preventiva, terapêutica e reabilitadora tendo como principal foco a pessoa. Este modelo tem uma metodologia de intervenção que inclui diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de um programa individualizado de cuidados, desenvolvido por equipas interdisciplinares, constituídas por médicos de várias especialidades, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicomotricistas, higienista oral, terapeuta da fala, nutricionista e assistente espiritual (IHSCJ, 2010).

Todos os serviços de prestação de cuidados e de suporte desenvolvem a sua intervenção, segundo os princípios institucionais (IHSCJ/CSI, 2015).

Atualmente a CSI dispõe das valências de psiquiatria, Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID), Cuidados continuados integrados (reabilitação e cuidados continuados), Psicogeriatria, Gerontopsiquiatria, Ambulatório, área de dia, Reabilitação Profissional (POLISERCOOP - Cooperativa de Solidariedade Social na área de lavandaria e apoio domiciliário) (IHSCJ/CSI, 2015).

A CSI tem como um dos seus principais objetivos desenvolver o conhecimento científico em saúde mental e psiquiatria, assim como na área da medicina paliativa e de reabilitação neuromotora, disponibilizando-se para receber estágios pré e pós-graduados em várias áreas (IHSCJ, 2010).

A Instituição possui ainda atividades direcionadas para os jovens, que podem ser conhecidas através das escolas, grupos juvenis, movimentos juvenis sendo possibilitados encontros com a pessoa doente, através dos Campos de Férias (10 dias), Fim-de-semana Hospitaleiro (3 dias), Experiência Missão Hospitaleira (10/15 dias), Retiro Hospitaleiro (3 dias), Acompanhamento Pessoal (IHSCJ/CSI, 2015).

Unidades e Residências

A Casa de saúde de Idanha tem uma lotação máxima de 525 camas divididas por 17 unidades de internamento, quatro residências internas de apoio máximo ou moderado e quatro residências na comunidade de apoio moderado (IHSCJ/CSI, 2013b). De acordo com as informações fornecidas por Psicomotricista Ana Antunes (comunicação pessoal, dezembro, 2015) e pelo Plano de Gestão da CSI (IHSCJ/CSI, 2013b), as unidades e residências da CSI organizam-se da seguinte forma:

Unidade 1 e 2 – são unidades de Psiquiatria de Agudos de curto internamento (3 meses) em que o internamento. A unidade 1 possui 30 camas e a unidade 2 possui 12 camas.

Unidade 3 e 4 – são unidades de psiquiatria de longo internamento (dos 18 anos até aos 65 anos, caso permaneçam vão para psicogeriatría). Estas são do tipo misto, mas atualmente apenas com população feminina, porque inicialmente só era aceite a população feminina na instituição. Cada uma das unidades possui 29 camas.

Unidade 5 – é uma unidade de psiquiatria de longo internamento, mas com uma necessidade de apoio maior que as unidades 3 e 4, é uma unidade mista mas com ocupação apenas feminina atualmente. Tem uma lotação de 30 camas.

Unidade 6 – é uma unidade para DID mista, a partir dos 18 anos. A unidade tem lotação de 29 camas (CSI, 2013), com necessidade de apoio pervasivo.

Unidade 7 - é a unidade de lesão cerebral, tem 24 camas, pode ter ocupação mista com possibilidade de internamento a partir dos 18. Esta é de curto internamento.

Unidades 8 e 9 – são unidades de Psicogeriatría, unidades mistas, que aceitam utentes a partir dos 65 anos, com patologias essencialmente psiquiátricas. A unidade 8 apresenta 30 camas e a unidade 9 com 24 camas.

Unidade 10 – é uma unidade de Psicogeriatría, com ocupação mista, a partir dos 65 anos. Os utentes apresentam patologias essencialmente psiquiátricas. É uma unidade com 24 camas.

Unidades 11 e 12 – são unidades de Psicogeriatrica, com ocupação mista, a partir dos 65 anos. Os utentes apresentam patologias essencialmente psiquiátricas distribuídos por 29 e 24 camas respetivamente.

Unidade 13 – é uma unidade da rede nacional de cuidados continuados integrados. (RNCCI), é uma unidade mista de reabilitação e de média duração. Faz parte do serviço nacional de saúde, possuindo 21 camas.

Unidade 14 – é uma unidade de gerontopsiquiatria e reabilitação cognitiva. É uma unidade mista destinada às síndromes demenciais e ao défice cognitivo ligeiro (DCL), com duração máxima de 3 meses. Apresenta 26 camas para ocupação.

Unidades 15 e 16 – são unidades de longo internamento de DID de apoio extensivo, femininas neste momento. Apresentam 40 e 22 camas respetivamente.

Unidade 17 – unidade RNCCI de cuidados paliativos é uma unidade mista com 10 camas (CSI, 2013), para doentes terminais.

Residência do Sol – é uma residência interna para utentes com DID de apoio moderado/intermitente, ou seja, necessitam de supervisão para realização das atividades de vida diária, em períodos específicos. É uma residência feminina, dos 18 aos 65 anos, com 20 camas.

Residências das flores – é uma residência interna para DID de apoio extensivo, as atividades de vida diária necessitam de acompanhamento regular em alguns contextos. É uma residência feminina, dos 18 aos 65 anos, com 12 camas.

Residência girassol - é uma residência interna para DID de apoio limitado, ou seja, tem uma auxiliar das 7h30-15h30. As utentes fazem as suas tarefas diárias como cozinhar as suas refeições diárias e frequentam os ateliers durante o dia. É uma residência feminina, dos 18 aos 65 anos, com 10 camas.

Residência das estrelas – é uma residência interna para psiquiatria de apoio moderado/intermitente, supervisão das atividades de vida diária. É uma residência feminina dos 18 aos 65 anos, com 20 camas.

Laço verde – 4 apartamentos femininos na comunidade em Belas, para utentes da ala psiquiátrica que têm um nível de funcionalidade que lhes permite viver de forma autónoma, necessitando apenas de acompanhamento semanal do técnico de referência. Cada um deles possui 6 camas (24 camas no total).

A instituição dispõe de vários programas em funcionamento entre eles, que foram consultados (IHSCJ/CSI, 2015c) e descritos por Psicomotricista Ana Antunes (comunicação pessoal, dezembro 2015):

1. Programa de Atividades Produtivas e Criativas – este programa é composto por 18 ateliers. Os utentes são avaliados pelos terapeutas ocupacionais, que os encaminham pelas preferências e capacidades, para cada atelier.

2. Programa de Alívio à Família/Cuidador – é um programa que se desenvolve na unidade 14, existindo 10 camas para este fim. Este programa ocorre quando as famílias pedem internamento na instituição devido a, o cuidador precisar de se ausentar ou necessitar de um período de descanso (devido à exaustão que a doença dos utentes acarreta).

3. Programa Psicoeducativo para cuidadores de pessoas com demência na unidade- este programa desenvolve-se na Unidade (U.) Maria Josefa Récio (U.14) através de reuniões de esclarecimento e fornecimento de estratégias pela enfermeira chefe da unidade aos familiares de pessoas com demência.

4. Programa de Estimulação Sensorial – Snoezelen – O programa de estimulação existe para utentes das várias unidades, e é executado pelos profissionais de psicomotricidade, terapia ocupacional, fisioterapia, enfermeiros, psicólogos.

5. Programa de Hidroterapia e Educação Física Adaptada – este programa é proporcionado pela educação física adaptada, sendo que a hidroterapia ocorre tanto no tanque terapêutico da instituição. Existe a adaptação ao meio aquático, tanto no tanque terapêutico da CSI, como na, piscina municipal de Mira–Sintra, onde se trabalham as técnicas de natação mais avançadas. A educação física adaptada é proporcionada no ginásio da instituição, existindo um horário bissemanal predefinido para cada unidade.

6. Programas lúdico-recreativos – é um programa que proporciona atividades com vertente terapêutica, mas mais lúdicas, incluindo todos os acontecimentos, como as idas à praia, saídas intercentros das IHSCJ (e.g. jogos tradicionais).

2.1.2 População-Alvo da Casa de Saúde da Idanha

Após a apresentação das unidades e programas da CSI é importante referir a população a que se destina, sabendo-se que é bastante heterogénea, refletindo-se essa característica diretamente nos diagnósticos estabelecidos. A população encontra-se dentro da saúde mental, DID e Gerontopsiquiatria e Psicogeriatrica. Dentro destes grupos, selecionando aqueles que são mais frequentemente observados, tem-se a Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas, Perturbações do espectro da Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas, DID e Perturbação Neurocognitiva ligeira e major (Vascular, Frontotemporal, Alzheimer).

As pessoas podem chegar até à CSI através de encaminhamento (outros centros hospitalares), ou através da frequência da consulta externa da CSI. Deste modo, os utentes são internados na CSI através do encaminhamento do médico de família ou que o acompanha, nas consultas externas (e.g. psiquiatra, neurologista). Depois de haver um encaminhamento, existe uma triagem realizada por um enfermeiro, que de acordo com as necessidades do utente o encaminha para a respetiva unidade. Terminando o processo de entrada para internamento, com uma avaliação na unidade pelas respetivas áreas para o estabelecimento do plano terapêutico.

2.1.3 Intervenção Psicomotora na CSI:

Neste capítulo irá descrever a forma como o serviço de Psicomotricidade está organizado, na CSI, quais os diferentes serviços e contextos que atua. Por fim, far-se-á alusão às questões do estágio, horário e contextos de intervenção.

Serviço de Psicomotricidade

O Serviço de Psicomotricidade foi criado em 2005 por uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação, começando um pouco por todas as áreas da CSI: serviço de Gerontopsiquiatria, Psiquiatria, DID, residências e consultas externas. Em 2013 o serviço sofreu algumas reestruturações, passando a integrar duas psicomotricistas, no entanto, no decorrer do estágio a organização manteve-se.

A chefe do Serviço de Psicomotricidade é responsável pelo trabalho nas unidades de DID, de Psiquiatria, Projeto Self (com adolescentes externos) e responsável por uma das estagiárias de Licenciatura. A segunda Psicomotricista é responsável pelas consultas externas, pela unidade de Gerontopsiquiatria, e pela unidade Reabilitação Física e Cognitiva, por um dos estágios de Licenciatura de Reabilitação Psicomotora e pelo estágio

do Mestrado de Reabilitação Psicomotora. Para além da intervenção psicomotora este serviço está relacionado com outras atividades existentes além das atividades psicomotoras, como, organização de passeios, atividades lúdico terapêuticas, jogos tradicionais intercentros, olimpíadas hospitalares, participação em congressos ou palestras dinamizados pela CSI e onde a CSI participa.

De forma geral, os objetivos da psicomotricidade na instituição passam por promover a funcionalidade e a qualidade de vida dos utentes, promovendo o bem estar físico e psicológico dos mesmos utentes. Os contextos de intervenção são escolhidos de acordo com as características pessoais dos utentes, bem como métodos e dinâmicas individuais ou grupais. Neste serviço, existem objetivos concretos dentro das capacidades psicomotoras (e.g. trabalho dos fatores psicomotores); dentro do âmbito social, ajudando a adequar as emoções e afetos e estabelecer ou adequar relações interpessoais; e dentro da estimulação da capacidade cognitiva (e.g. memória, atenção).

Os utentes chegam ao serviço de Psicomotricidade através de duas formas, a primeira através do internamento na CSI e a segunda através de consultas externas. Na primeira forma, caso os utentes estejam internados numa unidade com este serviço, é necessária apenas a referência por parte dos enfermeiros, na reunião semanal, para posterior avaliação, que confirmará a pertinência e tipo de intervenção que o utente carece. Por seu lado, a segunda hipótese de aceder ao serviço de psicomotricidade é através do encaminhamento do médico psiquiatra, de forma a que se possa proceder a avaliação/observação, podendo beneficiar de um conjunto de sessões agendadas pelo Psicomotricista.

2.2 Organização do estágio

As sessões do estágio em Reabilitação Psicomotora na CSI decorreram nas áreas de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Física, abrangendo dinâmicas grupais e individuais em contexto de sala terapêutica e sala de snoozleen. O estágio iniciou a 1 de outubro de 2014, dia em que foi feita a apresentação à Psicomotricista Ana Antunes e a alguns profissionais das diversas equipas, de diferentes unidades, onde esta intervém e a estagiária poderia vir a intervir, definindo-se também o horário e grupos de intervenção.

Tabela 1 – Horário de Estágio

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta
8h30 – 9h00		*		
9h00 - 9h30		Sessão individual U.7	*Chegada e preparação de sessões	
9h30 - 10h00				Sessão individual U.7
10h00 - 10h30		Sessão individual U.7	Sessão individual U.7	
10h30 - 11h00				Sessão individual U.7
11h00 – 11h30		Sessão individual U.14		
11h30 – 12h00		Sessão individual U.14	Sessão individual U.14	
12h00- 12h30		Acompanhamento de aluna licenciatura	Reposições	Sessão individual U.14
12h30 - 13h00				Observação
13h00 – 14h00	Almoço			
14h00 - 14h30	*		Sessão de grupo (1) U. 14	
14h30 – 15h00	Reunião de equipa			Sessão de grupo (1) U. 14
15h00 – 15h30		Reunião com orientador ou observação.		
15h30 – 16h00				
16h00 – 16h30	Sessão de grupo (2) U.14		Sessão de grupo (2) U.14	Reunião com a orientadora local
16h30 – 17h00				

Quanto ao horário semanal (Tabela 1) é possível observar que a intervenção Psicomotora da Unidade (U.)7 estão apenas distribuídas pelo horário da parte da manhã, visto ser o horário disponível da unidade. Os casos da U.7 foram terminando gradualmente, dando-se continuidade aos casos individuais da U.14 até ao final de estágio. Algum horário que ficou livre foi usado para o acompanhamento das alunas da licenciatura nas suas sessões, permitindo ao estagiário de mestrado de Reabilitação Psicomotora a ter oportunidade e melhorar a capacidade de observação. Possibilitando também desta forma a realização de planeamentos, relatórios de sessão e consulta de processos durante esse tempo livre. Na U.14 a parte da tarde era reservada para as sessões em grupo, sendo o grupo(1) o intermédio e o grupo(2) o mais autónomo de intervenção psicomotora na U.14.

De acordo com a dinâmica das sessões, as terças-feiras à tarde foram reservadas para as reuniões com o orientador da FMH. No entanto, quando não se realizavam as respetivas reuniões, houve a possibilidade de observar intervenções em meio aquático, todavia, este foi um espaço em que a estagiária não teve a possibilidade de intervir. A quinta-feira à tarde era utilizada para reuniões com a orientadora (semanal ou quinzenalmente) e para reposição da sessão de segunda-feira caso houvesse a necessidade da reunião de equipa se prolongar.

Por fim, importa referir que existiram duas interrupções letivas de 20 de dezembro de 2015 a 2 de janeiro de 2016 (interrupção de Natal) e 19 de março a 28 de março de 2016 (interrupção da Páscoa).

2.2.1 Espaços de Intervenção Terapêutica

O estágio em Reabilitação Psicomotora decorreu nas unidades de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva (U.14), e na de Reabilitação Física e Cognitiva (U.7), abrangendo uma dinâmica de intervenção individual e grupal. Para as sessões de Psicomotricidade existem, salas terapêuticas da unidade, sala de snoezelen, tanque terapêutico, ginásio. Durante o estágio foram utilizadas duas salas terapêuticas de duas unidades diferentes, sala de snoezelen e o tanque terapêutico, onde foi possível a observação de sessões.

A sala de snoezelen tem uma dimensão de 3x5m e situa-se ao lado do ginásio no piso -1 da CSI, uma vez que não é necessária luz natural, para este espaço. É um espaço utilizado por profissionais de psicomotricidade, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia. Dentro da sala existe um colchão de água quente, dois colchões de espuma altos no chão, bem como as paredes com colchões, colchões amovíveis, um tubo de água com bolas, um tubo de cores, bola de espelhos, projetor de luz colorida, tapete negro com leds, tapete visível com luz ultravioleta, mantas, puff, rádio, espelho com fibras óticas. Ao lado desta sala, existe uma com nome de sala de estimulação que detém os materiais de snoezelen portáteis que podem ser utilizados na sala ou levados para as unidades. Aqui encontram-se bolas de diversos tamanhos e texturas, jogos de sequências, jogos de texturas, massajadores, difusores de aroma e instrumentos musicais, CD de música, fibras óticas, almofadas, entre outros materiais.

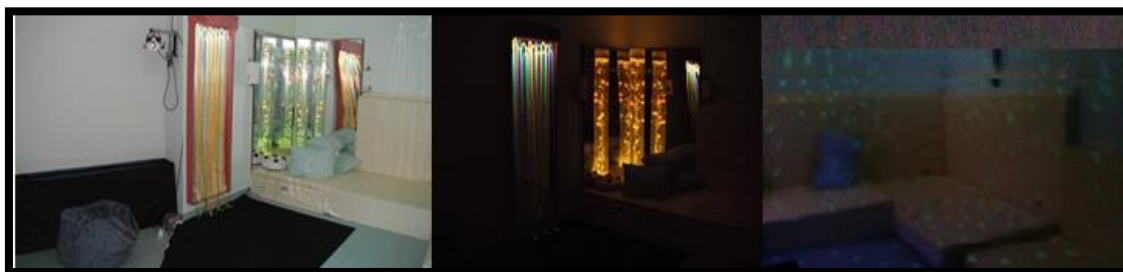


Figura 2 – Sala de Snoezelen na CSI

A sala terapêutica da U.14, tem uma dimensão de 7x5m e é utilizada por várias terapias para a realização de sessões, pela psicomotricidade, terapia da fala e terapia ocupacional. Esta sala tem iluminação natural, situada numa zona da unidade sem ruídos. A sala está dividida em duas áreas, uma onde se encontram cadeiras, uma mesa grande e quadros de cortiça na parede que permite a realização de atividades mais relacionadas com a praxia fina, podendo afixar as tarefas executadas e um espaço amplo que permite o trabalho da praxia fina. Nesta sala existe um armário com diversos materiais (papeis, tesouras, fita-cola, cola, lápis, canetas, imagens, jogos...), arcos, colchões, bolas, papel de cenário.

A sala terapêutica da U.7, tem uma dimensão aproximadamente 6x6, possui 4 janelas, tendo uma boa iluminação solar. Inicialmente era uma sala ampla, com duas mesas para intervenção essencialmente em questões de praxia fina e um armário com materiais (jogos, papéis, marcadores, imagens, blocos de madeira), os materiais maiores (arcos, bolas, pinos), necessários para as sessões de psicomotricidade eram transportados do ginásio principal da CSI. Ao longo do ano a sala foi transformada num pequeno ginásio com materiais necessários a outras áreas de intervenção terapia ocupacional, fisioterapia, esta sala também é usada pela fisiatra.

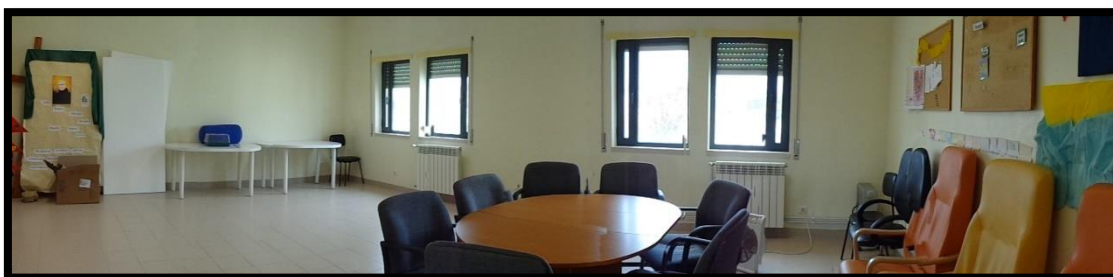


Figura 3 – Exemplo de uma sala terapêutica CSI

O tanque terapêutico é uma piscina de pequenas dimensões (3,5x7m) situada dentro da CSI e é utilizada para a intervenção em meio aquático por parte de profissionais de diversas áreas, e.g., psicomotricidade, fisioterapia e terapia ocupacional. Relativamente ao espaço tem uma luminosidade adequada, com janelas e iluminação artificial, contempla dois balneários divididos por género, cada um com uma casa de banho, quatro duches e uma zona de vestir. Dentro do espaço especificamente destinado ao tanque estão disponíveis três chuveiros para os duches que antecedem a entrada na água, bem como um armário e canto apenas destinados à arrumação de material portátil. Apesar de não ter sido efetuada intervenção, neste espaço com os meus casos é um espaço que poucas instituições possuem.



Figura 4 – Tanque terapêutico da CSI

2.2.2 Instrumentos de avaliação

De seguida passam-se a descrever os testes utilizados pelos Psicomotricistas na CSI.

Exame Geronto-Psicomotor

O Exame Geronto-psicomotor (EGP) é um instrumento de avaliação das competências psicomotoras da população idosa. É a tradução do Examen Géronto Psychomoteur criado por Michel, Soppelsa e Albaret em 2010, quando foram confrontados com a falta de instrumento de referência validados para avaliar o envelhecimento. Encontra-se em fase de validação e adaptação à população portuguesa. É destinado a pessoas com mais de 65 anos (Morais, Fiúza, Santos e Lebre, 2012). Para os mesmos autores, o EGP é mais um elemento que ajuda a esclarecer o médico no diagnóstico. Para além disto, o relatório do EGP permite ajustar ou iniciar um projeto terapêutico para o utente, conseguindo-se medir a eficácia da intervenção.

A aplicação deste teste demora cerca de uma hora, podendo a maioria dos itens ser adaptados de acordo com as características da pessoa (os itens que não podem ser alterados são os das funções da memória), o teste pode ser aplicado em uma ou em duas sessões sendo que, existem dois momentos indicados no teste onde deve ser feita a paragem (Morais et al., 2012).

O local de aplicação do teste é versátil podendo ser aplicado em meio institucional, privado ou domiciliário, uma vez que, o material usado e o tempo de aplicação facilitarem este processo. Deste modo, o EGP enquadra-se numa avaliação psicomotora que alia a metodologia, através de aspetos quantitativos, à observação clínica através de questões qualitativas que vão aparecendo ao longo do teste (Morais et al., 2012).

O material utilizado durante a avaliação são as quatro pegadas, quatro imagens de figuras geométricas pintadas, dois modelos de figuras geométricas simples, quatro imagens do corpo humano, uma imagem de um gato, uma imagem de um cacho de uvas, uma imagem de uma montanha, um texto escrito com quatro tamanhos diferentes de caracteres e quatro fotografias de um acontecimento cronológico (preparação de um chá), estas imagens completam um conjunto de 18 cartões plastificados, 12 cubos de madeira vermelhos, cronómetro, fita métrica, cadeira sem braços, 2 coletes, moeda de um euro, bola de 20cm de diâmetro, folhas brancas A4, uma caneta, uma régua, dois lápis, uma amostra de cores primárias, uma bola de ténis, uma colher, uma bolsa A4, um garfo, uma faca e um relógio (Morais et al., 2012).

Durante o teste a pessoa avaliada poderá usar aparelhos auditivos ou visuais, bem como auxiliares de marcha, caso os possua. A pessoa idosa, ou o seu cuidador, deverá

dar o seu consentimento, para a realização da avaliação. O EGP avalia no total 17 áreas, mais concretamente: 1. Equilíbrio Estático I (pés juntos); 2. Equilíbrio Estático II (ponta dos dois pés, sobre um pé, ponta de um pé); 3. Equilíbrio Dinâmico (marcha); 4. Equilíbrio Dinâmico II (marcha acelerada, corrida); 5. Mobilização Articular dos Membros Superiores (ativa, passiva); 6. Mobilização Articular dos Membros Inferiores (ativa, passiva); 7. Motricidade Fina dos Membros Superiores (abotoar, tamborilar, oponência polegar-dedos, pega de um objeto); 8. Motricidade Fina dos Membros Inferiores (colocação dos pés, pontapear uma bola, posicionamento dos pés); 9. Praxias (utilização dos talheres, pantomima, escrita, cópia de figuras geométricas, construção de uma pirâmide); 10. Conhecimento das Partes do Corpo (figura humana de frente e de costas, figura humana com partes corporais ausentes, apontar sob designação verbal, nomear as diferentes partes do corpo, imitação de posições, recuperar a posição sem modelo); 11. Vigilância (manutenção da atenção, agarrar um cubo ao sinal, identificação de formas e cores); 12. Memória Percetiva (evocação de cores, evocação de posições); 13. Domínio Espacial (localização geográfica, orientação, sequência de deslocamentos, orientação dos objetos, orientação nos deslocamentos); 14. Memória Verbal (evocação imediata, momentos do dia, evocação diferida); 15. Perceção (cantiga conhecida, reprodução das estruturas rítmicas, estereognosia, identificação de imagens, leitura de um texto); 16. Domínio Temporal (datas, hora, dias da semana e meses, sequência de eventos); 17. Comunicação (linguagem coerente e adequada, compreensão das instruções, rosto expressivo, expressão gestual adequada) (Morais et al., 2012).

Índice de Barthel

Os idosos constituem um grupo vulnerável à criação de quadros clínicos associados a algum tipo de grau de dependência, que culmina na institucionalização do idoso. Posto isto, são necessários instrumentos para avaliar essa dependência, como o índice de Barthel que é um dos instrumentos mais usados na investigação e na prática clínica, avaliando a capacidade funcional para a realização de atividades de vida essenciais ao seu dia a dia (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007).

O índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito em cada uma das dez Atividades Básicas de Vida (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965 cit in Araújo et al., 2007).

A pontuação da escala está definida entre 0-100 pontos (com intervalos de 5 pontos), variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, i.e. 100

corresponde à maior independência e 0 a total dependência (Araújo et al., 2007; Sequeira, 2010). A pontuação distribuída por 5 níveis tal como se pode verificar na tabela 2.

Tabela 2 – Cotação do Índice de Barthel (Sequeira, 2010, p.46)

<i>Pontuação</i>	<i>Nível de independência</i>
90 – 100	Independente
60 – 89	Ligeiramente dependente
40 – 55	Moderadamente dependente
20 – 35	Severamente dependente
< 20	Totalmente dependente

As vantagens do Índice de Barthel são a fácil aplicação e interpretação, o custo de aplicação é baixo, pode ser repetido periodicamente, não é um instrumento extenso. Junta-se a isto o facto de ser um instrumento construído sobre bases empíricas (Araújo et al., 2007). Este índice também permite a avaliação da capacidade funcional não só da capacidade funcional de forma global, mas também o desempenho parcelar em cada um dos 3 fatores (mobilidade, higiene e controlo de esfíncteres) (Sequeira, 2010).

De seguida serão apresentados os estudos caso realizados na CSI, o primeiro abordando uma intervenção individual a apenas um utente e o segundo uma intervenção a um grupo de utentes. irão ser abordadas as avaliações iniciais e finais dos utentes, os planos de intervenção psicomotora, um exemplo de sessão e respetivo relatório e, no final, uma apreciação e reflexão crítica do estudo.

2.2.3 Materiais de intervenção

Depois da identificação dos recursos presentes nos diferentes espaços de intervenção da CSI, da realização de avaliações aos utentes e a realização dos respetivos planos de intervenção, foram detetadas diversas lacunas ao nível dos materiais existentes para a intervenção psicomotora. Posto isto, existiu a necessidade da construção de diversos materiais de modo a complementar o existente na CSI. Estes foram construídos com diversas texturas e cores, de modo a simplificar a sua discriminação, havendo a preocupação de serem adequados à população e ao mesmo tempo desafiante, facilitando o trabalho de diversos fatores psicomotores, por diversos utentes em simultâneo. Poderão ser vistas fotografias de alguns dos materiais no **anexo A**.

2.2.4 Casos Acompanhados

Durante a realização do estágio foi possível acompanhar diversos utentes que serão descritos de seguida, havendo para além destes os utentes dos estudos de caso que surgirão mais à frente no presente relatório.

a) O T.D. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 70 anos é viúva e tem 2 filhos a sua responsável de internamento é uma sobrinha. Está diagnosticada com Perturbação Bipolar. Esta foi uma utente que por vezes apresentou resistência ao processo terapêutico, nem sempre quis participar nas sessões fruto das suas mudanças de humor. Apesar disto foi uma utente que beneficiou da intervenção terapêutica. Iniciou a reabilitação em cadeira de rodas, com todas as intervenções existentes na Casa de Saúde da Idanha conseguiu-se que realizasse marcha autónoma. Após a medicação acertada e estimulação cognitiva foi uma utente que melhorou a memória a curto prazo. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

b) A utente A.M.F. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 84 anos é viúva e possui 1 filho, e a ex-nora é a sua responsável de internamento. Tem como diagnóstico Síndrome Demencial realiza marcha autonomamente só necessita que por vezes a orientem e relembrem o que irá executar. É uma utente que gostava de comunicar, mas fala bastante do tempo de infância. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo

c) A utente T.C.R. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 70 anos é casada e tem 2 filhos, sendo um deles emigrado em Angola. Está diagnosticada com Perturbação Bipolar e Síndrome demencial. Chegou com muitas dificuldades na marcha, agora ainda necessita da ajuda de uma pessoa para caminhar, apenas de um lado. Foi possível observar a utente na fase depressiva (fase em que entrou na unidade) encontrava-se sonolenta e prostrada, apresentando recusa em participar nas sessões por se ter de deslocar da sala, e na fase estável. Sempre disposta a participar nas atividades propostas, a aprender e ajudar os restantes elementos do grupo. A utente antes da alta já conseguia realizar marcha autonomamente, mas tinha receio, sendo necessário trabalhar esta questão emocional, para que melhorasse o desempenho físico. A utente encontrava-se orientada na pessoa e no espaço, fazendo um esforço para se orientar espacialmente. As dificuldades na praxia fina dos membros superiores não foi possível reverter, estando tremores e dificuldades visuais associadas

a este facto. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

d) O utente C.A. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 70 anos, vive em Algés e tem 1 filho é divorciado. Está diagnosticado com Síndrome Demencial Alzheimer, com Afasia de Expressão e compreensão. Realiza marcha autonomamente, e apresenta muitas dificuldades na perceção de instrução. O modo como a instrução era dada, passou a ser acompanhada de exemplificação para fazer face às suas dificuldades. O utente socialmente integrou-se facilmente no grupo. O utente era comunicativo e expressivo. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

e) O utente A.R. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 91 anos. O utente está diagnosticado com diagnóstico Demência Frontotemporal. Até entrar para a unidade estava num lar e veio com sintomas de ansiedade para controlar. O utente possui uma hipoacusia, sendo necessário escrever e exemplificar a maioria das instruções, realiza marcha autonomamente. Integrou-se bem no grupo é um utente expressivo. Entrava-se desorientado no tempo e no espaço sendo necessário ensinar-lhe estratégias, como consulta do quadro de orientação da unidade. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

f) A utente A.R.M. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 57 anos, é casada e tem uma filha. É professora do 1º ciclo de profissão e está com baixa. Está diagnosticada com Perturbação Bipolar e Demência Frontotemporal. A utente aceitou o processo terapêutico, encontrando-se orientada na pessoa. Na marcha necessita de apoio de uma pessoa, carecendo de estar contida, na sala, para não se levantar, uma vez que, não possui equilíbrio, mas esquece-se e levanta-se. Sendo o equilíbrio e a marcha dois aspetos que se tomaram em atenção nesta utente. Quanto à sua participação, inicialmente era apenas quando solicitado, uma vez que se encontrava sonolenta tornando-se difícil a participação, quando a medicação foi acertada a utente tornou-se participativa. A utente possuía défices na retenção de acontecimentos. Não foi possível concluir o processo terapêutico da utente uma vez que teve alta a pedido da família. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

g) O utente P.L. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 86 anos é casado e tem duas filhas é engenheiro civil de profissão e está reformado há 10 anos, é natural e residente em Lisboa. Entrou com diagnóstico de Síndrome Demencial sem

etiologia. O utente realiza marcha autonomamente e encontrava-se orientado na pessoa, mas desorientado no tempo e no espaço. Inicialmente apresentou alguma resistência a realizar a rotina das sessões de psicomotricidade, não aceitava sugestões de atividades nem correções apresentadas pela técnica ou pelos restantes elementos do grupo. Com este utente o estabelecimento da relação terapêutica foi essencial para o utente mudar a sua atitude perante as sessões. Foi notória a sua evolução da memória curto prazo e praxia fina, aceitando estratégias para se manter orientado temporalmente. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

h) O utente A.S. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Com 75 anos tem 5 filhos, tem o antigo 5º ano comercial, trabalhava na área da contabilidade, e está reformado. Está diagnosticado com um síndrome demencial misto e doença de Parkinson apresenta uma hemiparesia esquerda, o primeiro AVC foi há 10 anos. Este utente iniciou o processo terapêutico deslocando-se em cadeira de rodas e com intervenção conseguiu evoluir para a deslocação em andarilho. O utente inicialmente possuía dificuldades mais notórias na praxia fina, na retenção e na atenção, áreas tidas em conta para a intervenção. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

i) A utente M.L.P. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 96 anos é natural do Faial e reside em Lisboa. O marido e os dois filhos já faleceram, é doméstica e vive com a neta mais nova e uma das noras. Possui uma Síndrome demencial sem etiologia. Tem como antecedentes, uma queda no início deste ano (2016) no domicílio que resultou numa fratura do colo do fémur. A intervenção psicomotora nesta utente era realizada no leito, devido à impossibilidade de se efetuar levantar, e se deslocar. As sessões tinham a frequência duas vezes por semana, com a duração de 30 minutos, individualmente. A utente usufruiu das sessões inicialmente, mas o quadro progrediu e teve de passar cuidados paliativos interrompendo-se as sessões.

j) A utente M.A.R. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 71 anos, é natural de Castelo Branco e reside na Amadora. A utente é divorciada e tem uma filha, com quem passou a residir 2 semanas antes de entrar na casa, até então residia sozinha. Quando necessitava de ajuda recorria à filha e à mãe de 91 anos. Tem o 9º ano e está reformada do centro nacional de pensões. Entrou para a unidade para esclarecimento de diagnóstico havendo dúvida entre depressão major e síndrome

demencial, patologias que se confundem. Não lidou bem com a reforma, originando quadro depressivo. Este quadro agravou-se após a falência do BES, banco onde possuía dinheiro, conduzindo a ideias de ruína e delirantes. A utente no início do processo terapêutico encontrava-se em mutismo, ainda assim tentou-se que frequentasse as sessões de grupo para ver se beneficiava da terapia, tendo de ser interrompidas quando passaram a provocar ansiedade em vez de acarretar benefícios. A utente foi submetida a Eletroconvulsivoterapia visto que, nenhuma medicação reverteu o seu quadro. Após esta terapia conseguiu-se identificar que possuía uma depressão major. Até recuperação total integrou as sessões de grupo beneficiando da estimulação cognitiva, motora e socialização. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

k) A utente F.M. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 71 anos é natural de Odemira e reside em S.Tiago do Cacém com esposo. Tem dois filhos a residir em Lisboa. Está diagnosticada com Demência vascular cerebral, a doença começa em finais de 2011. Tem como antecedentes Hipertensão Arterial (HTA) e Acidente Isquémico Transitório (AIT). O último AIT foi em janeiro de 2016. Janeiro. Possui uma irmã com esquizofrenia. Tem períodos de ruína e ideação suicida. A utente possui alucinações auditivo-visuais, que estavam controladas, no momento da intervenção. Apresenta défices ao nível das AVD. Está desorientada no espaço e no tempo, mas orientada na pessoa. Com esta utente foi importante o trabalho ao nível da ansiedade, orientação espaço-temporal e socialização. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

l) A utente L.A. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 72 anos, é natural de Coruche, reside em Queluz com a nora e filho (janeiro 2016 - maio 2016). A utente é divorciada tendo sido vítima de maus tratos (com vários TCE) e tem 5 filhos. Estudou até à 3ª classe é reformada há vários anos da venda ambulante. Está diagnosticada com uma Perturbação Bipolar, Doença de Parkinson e está no início de uma Síndrome Demencial. É seguida regularmente em psiquiatria há cerca de 12 anos. Tem como antecedentes teve internamentos devido à sintomatologia depressiva, apresentando nessa data déficits cognitivos. Desde há algumas semanas, mesmo antes do internamento tem vindo a apresentar períodos de grande ansiedade, paralelamente a maior dificuldade na marcha e desequilíbrios, com quedas frequentes, sobretudo à noite, em que se levanta da cama. Na avaliação apresentava-se com humor ansioso e possui alterações mnésicas. Orientada na pessoa e espacialmente, mas não temporalmente. Ao longo da intervenção melhorou a sua socialização,

diminuindo a sua ansiedade. Melhorou o equilíbrio, praxia fina e memória a curto prazo. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

m) A utente M.M.T. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 55 anos e tem 3 filhos. É Natural de Lisboa e residente em S. Brás com uma cuidadora. Esta trabalhava numa fábrica de chocolate, estando reformada. A utente está diagnosticada com Demência Frontotemporal. Esteve 3 meses internada no Hospital Fernando da Fonseca, devido a um ataque epilético prolongado que levou a encefalopatia anoxia, o que originou um Síndrome demencial. Além disto isto tem como antecedentes traqueostomia devido a constipação mal curada. À entrada estava estável ao nível da atividade alucinatória, em casa é agressiva com os filhos, tinha insónia e renitência à terapêutica. A utente quando iniciou o processo terapêutico teve dificuldade em respeitar as regras das sessões, principalmente por se encontrar verborreica. Como a utente possuía autocrítica, através de feedbacks acerca da sua atitude nas sessões conseguiu integrar-se diminuindo a impulsividade, e fomentando a socialização que é um ponto forte da utente. Ao longo das sessões, sempre se manteve prestável para ajudar os restantes elementos do grupo. Quando entrou para o grupo encontrava-se hipotónica, dificultando a sua postura nas sessões, com o avançar do processo terapêutico melhorou a sua tonicidade, atenção e praxia fina. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

n) A utente G.R. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 76 anos nasceu em Lisboa e reside em Lisboa é viúva há 26 anos. Estudou secretariado, sendo secretária até à reforma. Tem uma irmã e sobrinho com quem, atualmente tem relações cortadas. Devido a este facto foi a utente a auto internar-se, chegando na companhia do amigo e vizinho. Está diagnosticada com Síndrome Demencial Sem Etiologia e Depressão, com início da doença há 34 anos. Possuía crises nos empregos e ansiedade relacionada com isto, ao longo destes anos foi seguida em neurologia e clínica geral. A partir de junho de 2015, refere que o divórcio do sobrinho (quem considera filho) influenciou o estado geral, tendo cortado relações com este, posteriormente. Possui alterações na memória de longo prazo, marcha atáxica, dependência no vestir, e é uma utente apelativa. A utente inicialmente apresentou alguma resistência à hora em que se realizava a sessão, comportamento que com o estabelecimento da relação terapêutica alterou. Com as sessões foi possível melhorar a sua participação, atenção equilíbrio e socialização. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

o) O utente J.N.M. deu entrada na Unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 91 anos é natural de Barrancos e reside em Sintra com uma empregada. É viúvo há 32 anos e tem 1 filha. Possui o 9º ano e é reformado do serviço das finanças (subdiretor da repartição das finanças). Está diagnosticado com um Síndrome Demencial sem Etiologia (esclarecimento de diagnóstico), possui antecedentes familiares. Há cerca de 2 anos (2014) começou a apresentar solilóquios, períodos de confusão, períodos obsessivos com dinheiro, alucinações visuais, agitação visual e insónia total. Tem um irmão com Síndrome Demencial sem etiologia. Possuía dificuldades de deslocação devido a possuir uma prótese no membro inferior direito, colocada após acidente com máquina agrícola. Ao longo do processo terapêutico melhorou a atenção, a participação, a autonomia e a memória a curto prazo. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

p) A utente M.I.C. deu entrada na unidade Maria Josefa Régio (U.14). Tem 69 anos, é casada e tem 2 filhos. É natural de Idanha-a-Nova e reside na Brandoa com esposo e neta. Possui a 4ª classe, é operária têxtil, profissão da qual se reformou há 25 anos por invalidez. A utente está diagnosticada com Demência Frontotemporal há cerca de 5 anos (2011). Esta possui alterações de comportamento, períodos confusionais e maior dependência nas AVD. Detém como antecedentes a tia e o pai com síndromes demenciais, que já faleceram. A utente possui agnosia de expressão e compreensão, apraxia e afasia. Ao longo das sessões foi necessário estar atento a todos os sinais da utente devido a não se conseguir expressar. Com o decorrer do processo terapêutico, foi possível conhecer as atividades e materiais que mais cativavam a atenção utente, sendo essencial para estimular a praxia global, a praxia fina, a autonomia, equilíbrio, sendo fatores essenciais para que a utente se mantenha funcional. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 35 minutos individualmente.

q) O utente R.S. deu entrada na Unidade Santa Isabel (U.7), proveniente de um lar onde residia num há 2 meses. Tem 65 anos e a família de referência é o irmão. O utente está diagnosticado com Demência Secundária a Encefalite Herpética (encefalite herpética diagnosticada em 1980). Possui sequelas cognitivas, comportamentais, incontinência urinária e patologia osteoarticular degenerativa da coluna. Tem como antecedentes um TCE após acidente de viação em junho de 2015, com alteração de comportamento, consciência e estado neurológico. Devido a isto teve necessidade de internamento, iniciando medicação psiquiátrica. O utente encontra-se desorientado no tempo e espaço, tem um discurso confuso e uma hipoacusia significativa. inicialmente realizava marcha com o apoio de uma pessoa. Ao longo das sessões manifestou

agressividade e revolta pelo seu estado clínico não se conformando com o facto de não se recordar de todos os factos. O estado de saúde foi-se agravando e a medicação foi sendo sofrendo ajustes sendo necessário, por vezes, não realizar as sessões devido às componentes psíquicas e biológicas do utente. A componente biológica do utente foi-se agravando ao longo do tempo, chegando a não realizar levantar devido a úlceras de pressão e como o utente não estava estabilizado a nível biológico e psiquiátrico o processo terapêutico foi interrompido. Frequentava as sessões duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos, em grupo.

2.2.5 Atividades complementares de estágio

A CSI proporciona, para além das sessões e intervenções realizadas, diversos momentos de convívio e aprendizagem, reflexão, atividades lúdicas entre outras. Estas são uma mais valia, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional dos seus colaboradores. Desta forma, serão apresentadas as atividades complementares, nas quais se participou ao longo do estágio.

2.2.5.1 Atividades de formação

Reuniões de Equipa da Unidade 7 e Unidade 14

Durante o período de estágio foi possível observar e participar nas reuniões de equipa. No entanto com o decorrer do tempo e o horário dos utentes não foi possível assistir a todas as reuniões da U.7, sendo passadas todas as informações necessárias pela orientadora. Na U.14, Unidade Maria Josefa Récio, as sessões ocorriam semanalmente (segundas-feiras), na sala terapêutica das 14h30 às 16h00. Nestas reuniões estava presente toda a equipa nomeadamente os técnicos, da Terapia Ocupacional, da Terapia da Fala, da Fisioterapia, da Psicologia, da Enfermagem, da Psicomotricidade e da Assistência Social. As reuniões tinham como objetivo a passagem de informações, a reflexão sobre os casos da unidade, o seu plano terapêutico, bem como a discussão das entradas e altas.

Semana Aberta

A primeira atividade de estágio da CSI, fora das sessões terapêuticas, foi a Semana Aberta'15 com o tema "Dignidade na Saúde Mental", organizada por alguns técnicos da CSI. A semana aberta decorreu do dia 10 a 16 de outubro de 2015. Consistiu numa semana com atividades e conferências programadas para diversas horas e dias da semana, onde

foi proporcionado um peddy paper aos funcionários e estagiários, realizado pelos espaços da CSI de modo a conhecer melhor a instituição. Nesta semana a estagiária teve a possibilidade de participar tanto nas conferências como no Peddy paper.

Reflexões de Bioética e Hospitalidade

Durante o estágio foi possível assistir e participar em dois momentos de reflexão sobre a bioética e hospitalidade com temáticas diferentes. O Instituto de Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus enviou textos com perguntas para as diferentes unidades, que são abordadas nas reuniões de equipa de cada uma. A primeira reflexão foi realizada em outubro de 2015 com o título “A morte e o morrer: dilema da inevitabilidade”. A segunda foi realizada em fevereiro de 2016 intitulada “Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito”. Todos os profissionais refletiam em equipa acerca das temáticas propostas, tentando responder às diferentes dúvidas e questões.

Seminário de ética

O seminário de ética realizou-se na Casa de Saúde da Idanha, em Belas, a 27 de novembro de 2015, das 9h00 às 16h30. Neste 4º seminário de ética que se intitulou de “Acesso aos cuidados de saúde: um direito, uma escolha, uma limitação”, puderam participar os funcionários da casa e a comunidade em geral. O 4º seminário de ética contou com variados oradores internos e externos da CSI, havendo espaço para a estagiária participar nesta atividade.

Carta de Identidade

No dia 25 de novembro de 2015, na sala de formação, foi apresentada a carta de identidade da instituição, pela enfermeira chefe da CSI a todos os estagiários. Aqui falou-se da fundação da congregação Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, quais os centros assistenciais em todo o mundo, quais os valores hospitaleiros e quais os objetivos assistenciais. Foram também apresentadas todas as unidades, bem como a sua lotação máxima, todos os profissionais e, por fim todos os projetos existentes. Esta comunicação permitiu um melhor conhecimento do local de estágio, bem como uma integração mais harmoniosa nas rotinas da instituição.

Sessão de Esclarecimento na Comunidade

No dia 4 de abril de 2016, os técnicos e terapeutas da Unidade Maria Josefa Récio (U.14) deslocaram-se até à comunidade da Amadora às 14h30, para realizar uma sessão

de esclarecimento sobre envelhecimento e PNC. Esta sessão destinou-se a voluntários de programas (Viva +; AMASénior) da Câmara Municipal que trabalham com idosos com PNC. O esclarecimento prestado foi liderado pela Enfermeira chefe da unidade, contando com a presença de um técnico de cada área presente. Deste modo, foi apresentada a PNC e os seus subtipos, os comportamentos mais frequentes na perturbação, exemplos de estratégias para lidarem com esta população, e ainda o tipo de rotinas e ainda atividades desenvolvidas na unidade. A assistência a esta sessão foi mais um momento de aprendizagem para a estagiária.

Estas atividades apresentadas, assumem-se importantes para complementar as práticas profissionais, promovendo momentos de aprendizagem com profissionais de diversas áreas juntamente com o debate de ideias e reflexão. Também existiam atividades lúdicas, que permitem a descontração dos seus colaboradores. Posto isto, nota-se que a CSI é uma instituição que se preocupa com os momentos de aprendizagem e com os seus diversos colaboradores.

2.2.5.2 Atividades da instituição

Comemorações da Unidade 14 - Maria Josefa Récio

As comemorações da U.14 - Maria Josefa Récio decorreu de 26 a 29 de outubro. Nessa semana foram realizadas várias atividades comemorativas tendo a Psicomotricidade e a Terapia Ocupacional um papel fundamental na organização das mesmas. Esta semana foi pautada por diversos dias temáticos, isto é, um dia de jogos tradicionais, onde a estagiária esteve envolvida na dinamização; um dia de assistência ao espetáculo de sombras chinesas, de música na unidade e ainda de projeções de filmes para os utentes. De modo a promover as relações entre equipa foi realizado um almoço para todos os técnicos e colaboradores, bem como, uma missa em honra de Maria Josefa Récio para colaboradores e utentes, estando a estagiária presente em ambas as atividades.

Magusto

Os utentes mais autónomos dirigiram-se ao auditório da Casa de Saúde da Idanha, no dia 11 de novembro de 2015, às 14h30 com uma das enfermeiras da Unidade 14 e as estagiárias. O Magusto é uma comemoração habitual na instituição e contextualiza um pouco os utentes da época comemorativa em que se encontram. Houveram atuações do grupo de sombras da casa e do grupo de cantos, além da apresentação de um vídeo da

lenda de São Martinho. O Magusto terminou com a entrega de castanhas e sumo aos utentes, regressando-se à unidade.

Jogos Tradicionais

Os jogos tradicionais realizaram-se na clínica psiquiátrica de São José, em Lisboa, a 12 de novembro de 2015, e tiveram uma duração das 10h às 17h. Nesta 18ª edição dos jogos tradicionais das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus participaram os utentes da Casa de Saúde da Idanha, de Braga, da Luz, da Guarda, de Condeixa e, pela primeira vez, de Belas. Realizaram-se dois jogos na parte da manhã e dois da parte da tarde: jogo da malha, jogo das fileiras, jogo do túnel e jogo da fisga. No final, houve um jogo surpresa organizado pela Casa da Saúde da Idanha, vencedora da edição anterior, onde participaram todos colaboradores, incluindo a estagiária.

Comemorações na Unidade 7 - Santa Isabel

As comemorações da U.7 – Santa Isabel decorreram de 16 a 18 de novembro. Nesta semana foram realizadas várias atividades comemorativas, tendo a Psicomotricidade e a Terapia Ocupacional cooperado para a realização desta semana. Nesta unidade à semelhança da U.14, os mesmos dias temáticos, ou seja, existiu um dia de jogos tradicionais, onde a estagiária participou na dinamização; um dia de assistência ao espetáculo de sombras chinesas; um dia de música na unidade e por fim um dia de projeções de filmes para os utentes. Houve também, um almoço de equipa para todos os técnicos e colaboradores e uma missa em honra de Santa Isabel para colaboradores e utentes.

Reflexão de Natal

A reflexão de Natal foi na sala de formação, guiada pelo Sr. Padre da CSI, no dia 16 de dezembro de 2015, da parte da tarde entre as 15h00 e as 16h30 e dirigida a todos os colaboradores. O objetivo prendeu-se com a importância da reflexão sobre o advento e o simbolismo do Natal.

Reflexão da Páscoa

A reflexão sobre a Páscoa foi na sala de formação, a 16 de março de 2016 às 15h00, direcionou-se a todos os colaboradores da CSI. Esta reflexão foi dirigida pelo Sr. Padre da CSI que abordou o tema “Ano excecional de Misericórdia, quando se realiza e seu significado”.

2.3 Estudo de Caso Individual

2.3.1 Dados relevantes sobre a utente

A utente M.R.M, do género feminino, tem 81 anos, natural da Covilhã e residente no Cacém. É viúva há mais de 20 anos, foi doméstica, com alguns trabalhos sazonais no campo. Tem duas filhas, a mais velha perto dos 60 anos é divorciada, e a mais nova tem menos 5 anos é casada. No total a utente M.R.M. tem quatro netos e três bisnetos.

A utente deu entrada na Casa de Saúde da Idanha, na Unidade 7, com Traumatismo Crânioencefálico (TCE) ligeiro (resultante de um atropelamento), apresentando uma Síndrome de Imobilidade (SI) e PNC Não Especificada. A utente fez referência a dois internamentos anteriores, em hospitais diferentes, devido ao atropelamento que sofreu.

À entrada na Instituição, a M.R.M. apresentava um Índice de Barthel avaliado em 40 pontos, i.e., moderadamente dependente. Neste índice é referido que a utente era independente na alimentação, precisava de ajuda para se vestir e despir, para usar a casa de banho, para realizar a transferência da cadeira para a cama e para realizar deambulação. A M.R.M. era dependente no banho, higiene corporal e subir as escadas. Apresentando também incontinência quanto ao controlo vesical e, ocasionalmente, incontinência quanto ao controlo intestinal.

Apesar de a utente, à data de entrada, se encontrar moderadamente dependente (40 pontos), à data de alta a utente evoluiu para a categoria de ligeiramente dependente no Índice de Barthel (70 pontos). Isto significa mais concretamente que, a utente precisa de ajuda para se vestir e despir e para realizar a transferência da cadeira para a cama. Este índice revela-nos ainda que a utente é dependente no banho e subir as escadas e é, ocasionalmente incontinente quanto ao controlo intestinal.

A M.R.M. demorou a estabelecer uma relação empática com a técnica devido às suas inseguranças, demonstrando alguma apreensão acerca das atividades que poderiam ser realizadas na sessão. Esta apreensão deveu-se, essencialmente, ao facto de a utente não considerar ter muitas capacidades, uma vez que é iletrada. Ultrapassada esta barreira, foi uma utente colaborante na realização das atividades propostas, com vontade de experimentar novos desafios. No início, a utente encontrava-se desorientada no tempo e espaço, no entanto, revelou-se uma pessoa com boa capacidade de comunicação, embora com algumas dificuldades auditivas e visuais. É capaz de manter uma conversa focando-se no tema, no entanto, quando não se sente confiante, não tenta avançar referindo logo que não sabe. Apesar da falta de confiança nas suas competências, a utente não desiste das tarefas nem verbaliza momentos de cansaço.

De seguida irá proceder-se a uma breve abordagem das principais patologias da utente.

2.3.2 Breve enquadramento da Patologia: PNC, TCE e Síndrome de Imobilidade

O declínio evidente de uma ou mais áreas de domínio cognitivo são alguns dos critérios para o diagnóstico de PNC, podendo ser relatados ou identificados através de testes padronizados e prejudicando normalmente a independência do indivíduo nas AVD (Araújo e Neto, 2014). A Perturbação Neurocognitiva Não Especificada é um tipo de PNC em que a sua etiologia não se consegue definir com exatidão. No entanto, este tipo de perturbação é caracterizado por défices ao nível social, laboral ou noutras áreas, mas que não preenche a totalidade dos critérios para as restantes PNC, não sendo possível fazer com certeza a atribuição da etiologia (APA, 2014)

Além da PNC a utente possuía uma SI. O conceito de imobilidade para, Moraes, Marino e Santos (2010), apesar de poder variar, está intrinsecamente ligado ao movimento ou deslocamento, impossibilitando a independência do indivíduo. Para os mesmos autores, no grau máximo de imobilidade temos uma SI. Cintra, Mendonça, Rossi, Silva e Abate (2014) dizem-nos que a SI corresponde a uma síndrome geriátrica, levando os indivíduos, por vezes, com doenças incapacitantes, a culminar na supressão dos movimentos articulares. Assim, a SI é caracterizada como um conjunto de alterações que ocorrem no indivíduo quando este se encontra por um longo período de tempo no leito, podendo haver alterações no sistema ósseo e muscular, dificultando as AVD e consequentemente a qualidade de vida (Cintra et al., 2014; Conceição et al., 2014). Em diagnósticos de SI, o idoso pode apresentar défice cognitivo avançado, rigidez e contraturas, afasia, disfagia, incontinência urinária e fecal, e úlceras de pressão (Moraes, et. al., 2010). Destes a utente apresentava rigidez, incontinência urinária e ocasionalmente fecal.

No seguimento do diagnóstico já apresentado e falando especificamente do TCE, sabe-se que este é resultante da aplicação de uma força física externa, que provoca uma rutura fisiologicamente significativa da função cerebral. O TCE é uma ocorrência comum com a possibilidade de múltiplas sequelas neuropsiquiátricas, afetando a cognição, a emoção e o comportamento (Silver, Mcallister e Arciniegas, 2009). Este tanto pode causar lesões focais como difusas, que afetam regiões corticais ou do tronco encefálico, causando lesões microscópicas difusas das fibras neuronais, seja pelas próprias lesões focais como como pelas contusões e/ou hematomas intracranianos, ou seja, pela inflamação das regiões de tronco encefálico resultantes da hipertensão intracraniana (Marangoni et al.,

2013). As sequelas anatómicas do TCE podem provocar disfunção cognitiva e motora (Oliveira et al., 2012). A utente apresentava tanto dificuldades cognitivas como motoras.

Após a avaliação inicial, foi possível realizar-se um perfil psicomotor individual da utente, destacando-se áreas fortes e menos fortes da utente segundo os fatores psicomotores, úteis para a criação de um plano de intervenção psicomotora.

2.3.3 Perfil Psicomotor

Com base nos resultados obtidos na avaliação inicial realizada com EGP, foram identificados os fatores psicomotores fortes e menos fortes da M.R.M. e de acordo com estes foi construída a tabela 3.

Tabela 3 – Perfil Psicomotor individual da M.R.M.- áreas fortes e áreas menos fortes

Áreas fortes	Áreas menos fortes
Equilíbrio Estático	Equilíbrio Dinâmico
Noção do Corpo	Praxia Fina
Memória	Estruturação espaço temporal
Comunicação	Atenção e Concentração
	Autoconfiança
	Identificação de interesses
	Resolução de problemas

Após esta divisão dos fatores psicomotores, elaborou-se um plano de intervenção trimestral onde se pretende facilitar a exploração e o e manutenção das áreas fortes e desenvolvimento menos fortes, das características construtivas e expressivas do movimento, valorizando sensações, percepções e ações importantes para a utente.

2.3.4 Plano de Intervenção Individual

O plano de intervenção da M.R.M. (tabela 4) foi realizado após a avaliação inicial da utente sendo aplicado com diversos planeamentos e registos das sessões (ver no anexo B um exemplo).

Tabela 4 – Plano de intervenção da M.R.M.

Áreas	Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades	Estratégias	Recursos
Psicomotricidade – Manter ou Melhorar...					
Equilíbrio estático	...equilíbrio estático	... o equilíbrio em pontas dos pés; ... o equilíbrio sobre um pé; ... o equilíbrio a pés juntos;	-Permanecer dentro de um arco; -Permanecer com um pé em cada arco; -Permanecer em pontas de pés enquanto lança a bola ao cesto.	Ajuda Física Reforço Verbal	Arcos Bolas Cesto
Equilíbrio dinâmico	... equilíbrio dinâmico	... o equilíbrio com a passada curta.	-Realização circuitos psicomotores; -Realização de deslocamentos laterais, na diagonal.	Reforço Verbal Ajuda Física Demonstração	Arcos Pegadas Cordas
Noção do corpo	... Noção do Corpo	... o esquema corporal ... a Imagem do corpo	- Realização puzzles com as partes do corpo humano; - Colocação de creme nas mãos referindo as diferentes partes; - Passagem pelas diferentes partes do corpo com diferentes texturas.	Ajuda Física Reforço Verbal Demonstração	Peças do corpo humano Espelho Creme
Estruturação espaço-temporal	... a orientação espaço-temporal	... a orientação espacial; ... a orientação temporal; ... as sequências; ... a capacidade de organização no espaço delimitado.	- Ordenação de pistas temporais; - Orientação para a realidade; - Divisão de figuras em partes iguais; -Reprodução de sequências rítmicas; -Realização de circuitos psicomotores.	Reforço Verbal Demonstração Descoberta guiada Simplificação da tarefa	Imagens sequenciais Figuras geométricas Arcos Pegadas Cordas
Praxia Fina	... a Praxia fina.	... o traço com menos tremores; ... a pega em pinça fina a dois dedos	-Realização de enfiamentos; -Utilização da pega do lápis em pinça fina; -Realização de labirintos; - Escrita do nome.	Reforço Verbal Ajuda Física Demonstração	Peças de madeira Moedas Lápis Labirintos de papel ...
Cognição e linguagem – Manter ou melhorar					
Atenção e concentração	... a capacidade de atenção e concentração	... o tempo de permanência na tarefa; ... a diminuição do tempo de reação;	-Realização das tarefas o mais rápido possível; -Aumento os feedbacks positivos de modo à utente permanecer na tarefa;	Verbalização Reforço Verbal	Peças de madeira
Memória	... a memória	... a memória visual e auditiva e olfativa; ... tarefas de evocação; ... a memória imediata.	-Relembrar atividades executadas no quotidiano; -Contactar com aromas que pertenciam ao seu quotidiano.	Reforço Verbal Descoberta guiada	Pares de imagens Aromas Utensílios do dia a dia
Resolução de problemas	... a resolução de problemas	...planificação de tarefas; ... a organização atividades ... dificuldades e constrangimentos ... a tomada de decisões.	-Persistência nas tarefas. -Realização de uma atividade complexa por partes; -Realização de sequências.	Verbalização Reforço Verbal Descoberta guiada	Imagens
Comunicação	...linguagem verbal e não verbal	... a linguagem como expressão do pensamento; ... as atividades de mímica;	-Realização de diálogos iniciais e finais. - Atividades mímicas	Reforço Verbal	Imagens
Socio-Afetividade – melhorar ou manter					
Identificação de interesses	... identificação de interesses	... a capacidade de identificação das atividades mais significativas;	-Reflexões críticas das atividades	Reforço Verbal Questionamento Demonstração	Imagens Objetos
Autoconfiança	... a autoconfiança	... autoconfiança; ... a autoestima	-Aumento os feedbacks positivos de modo a utente ganhar confiança;	Reforço Verbal	

2.3.5 Avaliação psicomotora: Resultados

O processo de intervenção da utente iniciou com uma avaliação inicial, após esta avaliação realizou-se o plano de intervenção (acima na tabela 4) e uma nova avaliação quando a alta estava programada (avaliação intermédia), como a alta foi adiada houve a necessidade de realizar uma nova avaliação (avaliação final).

Neste capítulo serão assim, apresentadas as três avaliações psicomotoras realizadas (Avaliação inicial, Avaliação intermédia e Avaliação Final), utilizando o Exame Geronto-Psicomotor (EGP). Contudo, como este instrumento ainda se encontra em validação para a população portuguesa, todos os resultados serão apresentados, segundo uma análise qualitativa e comparativa dos três momentos de avaliação.

De seguida irá apresentar-se os resultados obtidos nos três momentos de avaliação (início de outubro, final de dezembro e início de fevereiro), organizando os dados pelas áreas principais constituintes do EGP. A primeira coluna corresponderá sempre à área, a segunda à tarefa, a terceira à avaliação inicial, a quarta à avaliação intermédia e a última à avaliação final.

Tabela 5 – Avaliação do equilíbrio estático e equilíbrio dinâmico da M.R.M.

Área	Tarefa	Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Equilíbrio Estático I	Pés juntos	Executou	Executou	Executou
Equilíbrio Estático II	Pontas dos dois pés	Executou com apoio	Executou autonomamente	Executou autonomamente
	Sobre apenas um pé	Executou com apoio	Executou autonomamente	Executou autonomamente
	Na ponta de um pé	Não executou	Executou com apoio	Executou com apoio
Equilíbrio dinâmico I	Trajetos de 10 metros	57s	52s	42s
Equilíbrio dinâmico II	Marcha acelerada e corrida	Não executou	Não executou	Não executou

Em termos gerais do equilíbrio (tabela 5) pode-se reparar que apresentou ligeiras melhorias ao nível do equilíbrio estático, uma velocidade maior na realização do trajeto de 10 metros continuando a não apresentar capacidade para marcha acelerada e corrida. Na avaliação inicial a utente para além de possuir dificuldades ao nível do equilíbrio, também possuía medo de arriscar pensando que ia cair.

Tabela 6 – Avaliação da mobilização ativa e passiva dos membros superiores e dos membros inferiores da M.R.M.

Área	Tarefa	Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Mobilização passiva dos membros superiores	Pulso direito/ esquerdo	Executou	Executou	Executou
	Cotovelo direito/ esquerdo	Executou	Executou	Executou
	Ombro direito/ esquerdo	Executou	Executou	Executou
Mobilização ativa dos membros superiores	Pulso direito/ esquerdo	Executou	Executou	Executou
	Cotovelo direito/ esquerdo	Executou	Executou	Não Executou
	Ombro direito/ esquerdo	Executou	Executou	Executou
Mobilização passiva dos membros inferiores	Tornozelo direito/ esquerdo	Executou	Executou	Executou
	Joelho direito/ esquerdo	Executou	Executou	Executou
	Anca direita/ esquerda	Executou	Executou	Executou
Mobilização ativa dos membros inferiores	Tornozelo direito/ esquerdo	Executou	Executou	Executou
	Joelho direito/ esquerdo	Executou	Executou	Executou
	Anca direita/ esquerda	Executou	Executou	Executou
Questão	Autonomia no vestir	Não	Sim	Sim

Nas tarefas de mobilização da tabela 6, destaca-se apenas a não execução da mobilização do cotovelo esquerdo/ direito devido a queixas apresentadas pela utente no momento da avaliação final.

Tabela 7 – Avaliação da motricidade fina dos membros superiores e dos membros inferiores da M.R.M.

Área	Tarefa		Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Motricidade fina dos membros superiores	Abotoar		27s	18s	21s
	Desabotoar		19s	15s	10s
	Mão direita	Polegar- mindinho	Não executou	Executou	Executou
		Mindinho-polegar	Não executou	Executou	Não executou
	Mão esquerda	Polegar- mindinho	Não executou	Executou	Executou
		Mindinho-polegar	Não executou	Não executou	Não executou
	Ida-volta Oponência do polegar	Mão direita	Não executou	Executou	Não executou
		Mão esquerda	Executou	Executou	Não executou
	"Pega de um objeto"	Mão direita	Não executou	Executou	Executou
		Mão esquerda	Não executou	Executou	Executou
Questão	"Perda eventual de sensibilidade ao nível da polpa dos dedos".		Não	Não	Não
Questão	"Incapacidade de nomear o objeto, determinar o seu valor"		Nomeou corretamente; Não atribuiu o valor.	Nomeou corretamente; Atribuiu o valor corretamente.	Nomeou corretamente; Atribuiu o valor corretamente.
Motricidade Fina dos membros inferiores	Colocação dos pés	Pé direito	Totalmente	Totalmente	Totalmente
		Pé esquerdo	Totalmente	Totalmente	Totalmente
	Pontapear a bola	Pé direito	Executou	Executou	Executou
		Pé esquerdo	Executou	Executou	Executou
Questão	"Com que pé é que o sujeito pensa ter chutado?".		Direito (disse corretamente)	Direito (disse corretamente)	Direito (disse corretamente)
Motricidade Fina dos membros inferiores	Posicionamento dos pés	Pegada A	Executou	Executou	Executou
		Pegada B	Executou	Executou	Executou
		Pegada C	Executou	Executou	Executou
		Pegada D	Executou	Executou	Executou
Questão	"Nome dos talheres"		Disse corretamente	Disse corretamente	Disse corretamente

Na tabela 7, na avaliação inicial, de um modo geral, a utente apresentou mais dificuldades ao nível da "motricidade fina dos membros superiores" do que da "motricidade fina dos membros inferiores". A utente evoluiu na avaliação intermédia e avaliação final em relação à questão da "Incapacidade de nomear o objeto e determinar o seu valor", sendo algo importante para ela.

Tabela 8 – Praxias

Área	Tarefa	Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Praxias	Utilização dos talheres	Executou	Executou	Executou
	Cumprimentar	Executou	Executou	Executou
	Ralhar	Não Executou	Executou	Executou
	Escovar os dentes	Não Executou	Não Executou	Não Executou
	Pregar um prego	Não Executou	Executou	Executou
	Escrita	Não executou	Executou	Executou
	Figura 1 (círculo/triângulo)	Não Executou	Executou	Executou
	Figura 2 (quadrado/diagonal/med.)	Não Executou	Não Executou	Não Executou
	Construção de uma pirâmide	Executou (25s)	Executou (20s)	Executou (17s)

Ao nível das “Praxias” (tabela 8), a utente na avaliação inicial revelou dificuldade na tarefa de ralhar e escovar os dentes, não conseguindo adequar o gesto e a expressão facial à tarefa. Também não conseguia escrever o nome revelando tristeza com esse facto e foi uma tarefa que logo, na avaliação inicial, solicitou para realizar nas sessões seguintes notando-se a sua evolução nas sessões seguintes.

Tabela 9 – Avaliação de conhecimentos das partes do corpo da M.R.M.

Área	Tarefa	Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Conhecimento das partes do corpo	“Figura Humana de frente e de costas”	Executou sem ajuda	Executou sem ajuda	Executou sem ajuda
	“Figura Humana com partes do corporais ausentes”	Identificou 6 em 13	Identificou 9 em 13	Identificou 13 em 13
	“Apontar sob a designação verbal”	Identificou 8 partes (exceto pescoço e nuca)	Identificou 8 partes (exceto tornozelo e pálpebra)	Identificou 8 partes (exceto coxa e pálpebra)
	“Nomear as diferentes partes do corpo apontadas”	Identificou 8 (exceto cabelo e polegar)	Identificou 9 (exceto polegar)	Identificou 9 (exceto polegar)
	“Imitação de Posições”	4 sucessos	4 sucessos	4 sucessos
	“Recuperação da posição sem modelo”	4 sucessos	4 sucessos	4 sucessos

Na área do “Conhecimento das partes do corpo” da tabela 9, foi notória a evolução da utente na “*Figura Humana com partes do corporais ausentes*” desde a avaliação inicial, para a avaliação intermédia e a avaliação final, conseguindo prestar atenção a mais pormenores ao mesmo tempo.

Tabela 10 – Avaliação da vigilância da M.R.M.

Área	Tarefa		Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Vigilância	“Manutenção da atenção”	Execução da instrução	Foi necessário repetir instruções	Não foi necessário repetir instruções	Não foi necessário repetir instruções
		Manter a atenção	Manteve a atenção	Manteve a atenção	Manteve a atenção
	“Agarrar um cubo ao sinal”	Agarra ao sinal 5	Não executa	Executa	Executa
		Agarra ao sinal 10	Não executa	Executa	Executa
	“identificação de formas e cores”	Círculo	Não executa	Executa	Executa
		Quadrado	Não executa	Executa	Executa
		Triângulo	Não executa	Não executa	Não executa
		Retângulo	Não executa	Não executa	Não executa
		Roxo	Executa	Executa	Não executa
		Amarelo	Executa	Executa	Executa
		Vermelho	Executa	Executa	Executa
		Verde	Executa	Executa	Executa

A utente na área representada na tabela 10, apresentou dificuldades ao nível da nomeação das figuras geométricas, referindo que era um conteúdo já esquecido não conseguindo referir nenhum objeto semelhante. Quanto à identificação das cores o roxo foi uma cor que ao longo dos tempos sofreu flutuações, não era uma cor de identificação fácil por parte desta.

Tabela 11 – Avaliação da memória percetiva da M.R.M.

Área	Tarefa		Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Memória Percetiva	Evocação das cores	Roxo	Evoca	Evoca	Não Evoca
		Amarelo	Evoca	Evoca	Evoca
		Vermelho	Evoca	Evoca	Evoca
		Verde	Evoca	Evoca	Evoca
	Evocação livre		Não executa	Executa 3 posições	Não executa
	Evocação com pistas		Executa as 4 posições	----	Executa 3 posições
	Reconhecimento		----	----	----

Na área de “Memória percetiva” presente na tabela 11, não houve nada relevante a registar, com ou sem ajuda a utente executou a maioria das tarefas.

Tabela 12 – Avaliação do domínio espacial da M.R.M.

Área	Tarefa		Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Domínio Espacial	Localização geográfica	Instituição	Não executa	Executa com ajuda	Executa com ajuda
		Localidade	Não executa	Executa com ajuda	Executa com ajuda
	Orientação	Frente	Executa	Executa	Executa
		Trás	Executa	Executa	Executa
		Cima	Executa	Executa	Executa
		Baixo	Executa	Executa	Executa
	Divisão de linhas	Linha 10 cm	Não executou	Executou	Executou
		Linha 15 cm	Não executou	Não executou	Não executou
	“Sequência de deslocamentos”	123	Não executou	Não executou	Não executou
		321	Não executou	Não executou	Não executou
		121	Não executou	Não executou	Não executou
		1213	Não executou	Não executou	Não executou
	“Orientação dos objetos”	1)	Executou	Executou	Executou
		2)	Não executou	Executou	Executou
	“Orientação dos deslocamentos”		Executou	Executou	Executou

Na avaliação inicial, do “Domínio Espacial”, representado na tabela 12, a utente entendia que dividir a linha seria realizar o número de linhas por baixo, nas avaliações intermédia e final conseguiu realizar a divisão em duas partes (linha 10 cm), já no que toca à divisão em 3 partes iguais (linha 15 cm), a utente já não conseguia fazer a previsão de

quantos traços para dividir eram necessários. Na tarefa da “sequência de deslocamentos”, a utente perdia a noção do número dos objetos, não conseguindo por isso realizar a tarefa com êxito.

Tabela 13 – Avaliação memória verbal da M.R.M.

Área	Tarefa		Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Memória verbal	Evocação imediata	Pinheiro	Não Executou	Executou	Executou
		Copo	Não executou	Executou	Executou
		Pêssego	Não executou	Não executou	Não executou
	Evocação imediata	Pinheiro	Não Executou	Executou	Executou
		Copo	Não executou	Executou	Executou
		Pêssego	Não executou	Não executou	Não executou
	Momentos do dia		Não Executou	Não executou	Não executou
	Evocação diferida	Evocação livre	Não evoca	Evoca 2 palavras	Evoca 1 palavra
		Evocação com pistas	Não evoca	----	----
		Reconhecimento	Não evoca	----	----

Na área “Memória verbal” (tabela 13) a utente, melhorou, foi capaz de realizar evocação imediata de duas palavras das três palavras (pinheiro e copo). No que se refere aos “momentos do dia” a utente, gastava os 30 segundos da tarefa a falar apenas dos momentos matinais.

Tabela 14 – Avaliação da percepção da M.R.M.

Área	Tarefa		Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Percepção	“Cantiga conhecida”		Não executa	Executa	Executa
	“Reprodução das estruturas rítmicas”		Executou uma sequência em quatro.	Executou uma sequência em quatro.	Executou uma sequência em quatro.
	“Estereognosia”	Matéria	Não executou	Executou	Executou
		Forma	Não executou	Executou	Executou
	“Identificação de imagens”	Uvas	Executa	Executa	Executa
		Gato	Executa	Executa	Executa
		Paisagem montanhosa	Não executa	Não executa	Não executa
	“Leitura de um texto”		Não executa	Não executa	Não executa

Na área da “Percepção” (tabela 14) percebeu-se que a utente não executou a “cantiga conhecida” na avaliação inicial, referindo que não tem por hábito cantar, apenas bater palmas e estaria com vergonha. Na tarefa “leitura de um texto”, a utente deveria ler um texto em 30s, mas não executou devido a ser iletrada.

Tabela 15 – Avaliação do domínio temporal da M.R.M.

Área	Tarefa		Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Domínio Temporal	Data de nascimento		Não evoca	Não evoca	Não evoca
	Data do dia	Dia da semana	Evoca	Evoca	Evoca
		Dia do mês	Não evoca	Não evoca	Não evoca
		Mês	Não evoca	Não evoca	Não evoca
		Ano	Não evoca	Não evoca	Não evoca
	"Hora"		Não executa	Executa	Executa
	"Dias da semana e meses"	Sequencia dos meses	Não executa	Não executa	Não executa
		Sequencia dos dias da semana	Executa	Não executa	Executa
		Dia antes de segunda-feira	Não executa	Não executa	Executa
		Mês a seguir a março	Não executa	Não executa	Executa
	"Sequência de eventos"		Não executa	Não executa	Não executa

Na área "Domínio Temporal" (tabela 15), na tarefa "data de nascimento" era capaz de referir o dia e o mês, não se recordando do ano, não podendo ser considerada uma resposta certa. "Sequência de eventos" a utente na avaliação final comparativamente a avaliação inicial, já foi capaz de referir que o homem da imagem estaria a preparar um chá/café e identificar tudo o que acontece em cada imagem, no entanto, não soube ordenar a sequência pela ordem acertada, da preparação à toma do chá.

Tabela 16 – Avaliação da comunicação da M.R.M.

Área	Tarefa	Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final
Comunicação	Linguagem coerente e adequada	Sim	Sim	Sim
	Compreensão das instruções	Não	Não	Sim
	Rosto expressivo	Sim	Sim	Sim
	Expressão gestual adequada	Não	Sim	Sim

Na área da "Comunicação" (tabela 16), a utente apresentou uma fraca compreensão das instruções na avaliação inicial e intermédia, visto terem de ser repetidas as instruções o número máximo de vezes permitido em cada item. Também revelou uma fraca expressão gestual na avaliação inicial, apresentando um olhar estático e rosto pouco expressivo.

Depois de terem sido apresentados os dados relativos a cada uma das áreas avaliadas segue-se a Figura 5 para uma visualização global.

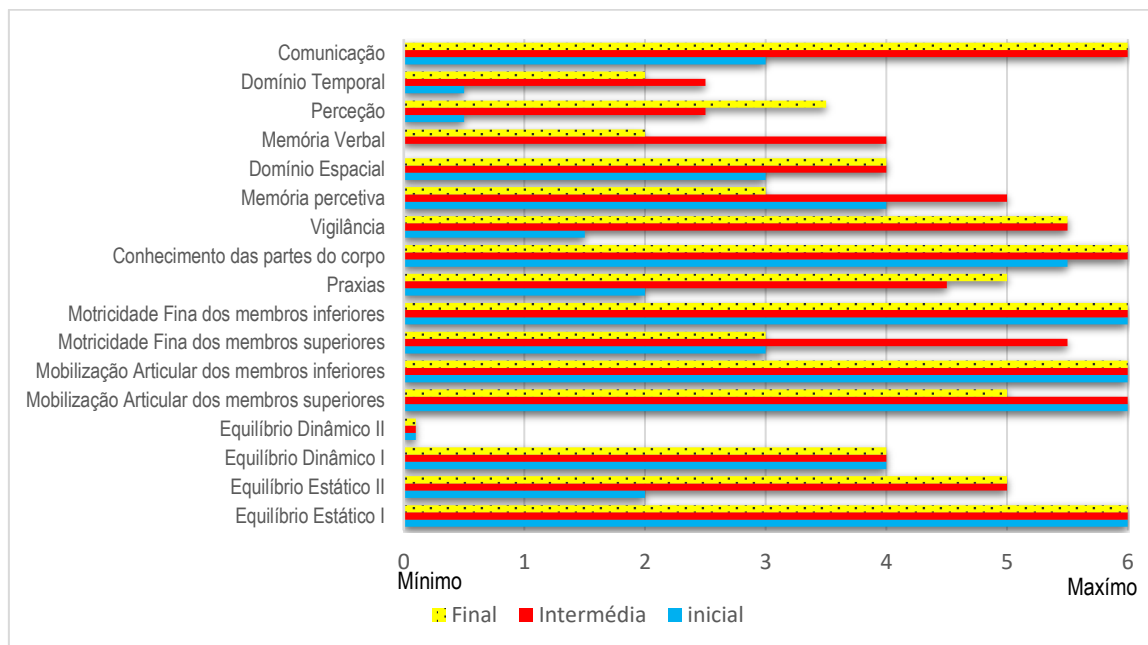


Figura 5 – Gráfico síntese das avaliações realizadas à utente com o EGP

Realizando uma breve análise ao gráfico, a utente não executou nas três avaliações a tarefa de leitura devido a ser iletrada. Mas, ao longo da avaliação inicial foi possível observar que a utente apesar de ser iletrada estava habituada a realizar o nome por cópia e após treino nas sessões conseguiu melhorar, isto está de acordo com Madera (2005), que é possível consolidar a aprendizagem através da repetição. Da avaliação inicial à avaliação intermédia foi quando se registaram a maior parte das evoluções, havendo diminuição em algumas áreas na avaliação final. A utente na avaliação inicial possuía um discurso menos fluente em relação à avaliação final. Na avaliação inicial mostrou-se apelativa, tendo-se revelado uma característica da utente. O equilíbrio dinâmico II do EGP foi a única área que não registou melhorias em nenhuma das avaliações é uma área que avalia a marcha rápida ou corrida.

2.3.6 Reflexão Crítica sobre Estudo de Caso Individual

Ao longo da intervenção com a utente foi possível destacar alguns aspetos que correram melhor e outros que foram uma dificuldade ou que não foi possível aprofundar.

Uma das primeiras dificuldades registadas foi o facto de a utente possuir um TCE e uma demência, contudo, não foi possível tomar conhecimento se a demência apareceu posterior ou anteriormente ao TCE, o que comprometeu a perceção da sua evolução sintomática.

Registaram-se algumas descompensações da utente ao longo da intervenção, que coincidiram com questões familiares ou com algumas infeções do trato respiratório ou urinário. Devido a estas situações influenciarem a utente, é necessário que haja cada vez mais uma preocupação de integração da família no processo terapêutico, para perceberem as características da doença e como devem ou não transmitir as informações pessoais aos utentes, de modo a ajudá-los a evoluir no seu processo terapêutico e não os destabilizar. Isto significa que, ao longo da intervenção, se notou que o facto de a família lhe transmitir algumas informações acerca de períodos menos bons que estava a atravessar (a filha mais velha foi internada no hospital devido a problema intestinal, e o divórcio de um dos netos, com uma filha pequena) teve influência no processo terapêutico da utente, que se tornou, por vezes, menos expressiva e desmotivada em relação à recuperação. Estas informações foram transmitidas perto da avaliação final o que explica algumas discrepâncias entre esta e a avaliação intermédia. A desmotivação e desinteresse do idoso segundo Pereira (2004) pode ser explicada pela passagem de tempo começando a olhar para o futuro como algo mais curto, estando presente o fim de vida. Assim, para que a família seja um facilitador e não o contrário, de acordo Gonçalves-Pereira e Sampaio, (2011) é fundamental envolvê-la, aumentando a sua compreensão sobre a patologia e solicitando mais informações sobre o utente.

Devido à dificuldade em manter a atenção revelada pela utente no início da intervenção psicomotora, foi necessário começar por tarefas pequenas e diretas, complexificando-as. Com isto foi notória a evolução da utente no fator da vigilância desde a avaliação inicial até à avaliação intermédia. Isto está de acordo com a ideia de Pereira (2004), ao referir que a planificação de atividades deve aumentar gradualmente o número e variedade de estímulos. E ainda com a ideia de Madera (2005), que é possível uma reativação das capacidades de atenção e concentração.

Para além de a utente aumentar a atenção, também melhorou o nível da autonomia, não só no que diz respeito às AVD, como na realização das tarefas propostas na sessão de forma autónoma. Isto revela, de acordo com Pereira (2004), que a intervenção produziu

bons resultados, pois esta deve ser útil para o dia a dia, de forma a aumentar a autonomia e a qualidade de vida.

No entanto, sendo a M.R.M. apelativa, não lhe agradou o facto de evoluir na autonomia das AVD (vestir sozinha e tomar banho sozinha) passando por um período de revolta e de grandes discussões durante a higiene pessoal com enfermeiros e auxiliares, por lhe ser dado menos apoio e maior incentivo à autonomia. Estas quezílias contribuíram para uma difícil adesão a algumas das sessões, tendo a relação terapêutica e as estratégias aplicadas (e.g. a sessão começar 10 minutos mais cedo) um efeito preponderante para a utente aceitar deslocar-se para o local de sessão. Esta utente caracterizava-se pela necessidade de partilhar as suas preocupações, facto este que justificou a aplicação da estratégia anteriormente referida, de modo a não comprometer o normal funcionamento da sessão.

A utente na avaliação inicial já possuía em declínio a motricidade dos membros superiores, sendo que as tarefas do instrumento exigiam destreza nas extremidades e, segundo Borges et al. (2010) nos idosos dá-se a retrogénese, que como já se referiu iniciasse, normalmente, ao nível da motricidade fina, podendo explicar algumas dos défices registados na utente.

A utente não conseguiu realizar todos os gestos solicitados na avaliação inicial, sendo a mímica trabalhada em várias sessões, uma vez que segundo Madera (2005) a expressão gestual permite à pessoa com PNC, recuperar sensações e emoções sendo um veículo de comunicação.

Ao longo da intervenção percebeu-se que o uso de desenhos animados com este tipo de população não funcionou, devido à difícil capacidade de abstração tendo sido necessário adaptá-las sempre para imagens reais e com tamanhos adequados devido às dificuldades sensoriais. Esta dificuldade de abstração deve-se à PNC, pois segundo Riley, Alm e Newell, (2009) esta perturbação afeta a capacidade de planejar, de abstrair e a capacidade de organizar. Percebeu-se também que a utente mostrou especial interesse em imagens que apresentavam crianças e, por vezes, para a cativar foram mais utilizadas.

Embora tivesse sido realizado um trabalho ao nível dos números, este não teve a intensidade suficiente para que a utente voltasse a perceber que dois algarismos juntos tem um valor diferente dos algarismos separados, e consequentemente representando mais quantidade. Considera-se que poderia ter sido mais explorado o conhecimento da moeda para quando a utente regressasse a casa, contudo não foi do interesse desta, uma vez que não tencionava voltar a gerir o dinheiro, não contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

A utente desde cedo mostrou interesse em voltar a escrever o seu nome, era algo que a realizava antes do atropelamento. Por este motivo, foi introduzido o treino de escrita em todas as sessões, notando-se melhorias e agrado da utente com tal facto. Isto encontra-se de acordo com a ideia de Moraes (2007) supracitada, ou seja, que as atividades planificadas devem incluir intencionalidade de trabalho sobre as componentes psicomotoras e as memórias significativas.

Relativamente à marcha a M.R.M. apresentou melhorias ao nível da marcha na avaliação final, o que se deveu, possivelmente, à utilização de um andarilho mais leve. Não foi possível reverter todos défices ao nível do equilíbrio dinâmico, existindo algumas melhorias do quadro inicial, em relação à avaliação intermédia, mas não em relação à avaliação final. Como já se referiu, a utente, na avaliação final encontrava-se numa fase em que não possuía autoconfiança, sem crença em relação à sua evolução. Segundo Pereira (2004), os idosos ao possuírem falta de autoconfiança tendem a assumir uma postura de proteção e oposição ao movimento, levando, muita das vezes, à imobilidade. Este foi um dos fatores mais trabalhado em todas as sessões, pois o equilíbrio dinâmico é dos fatores mais utilizado no dia a dia e o que poderá trazer mais problemas através das quedas (Pereira, 2004).

No que reporta à estruturação temporal, embora esta tenha sido trabalhada nas sessões, a utente não era capaz de se orientar autonomamente nas mesmas, além de não construir sequências de forma autónoma. Segundo Juhel (2010) este défice está de acordo com as características da PNC. No entanto, no que se refere à orientação espacial foram verificadas melhorias, após o treino repetido e memórias significativas.

O material sensorial foi um material do agrado da utente e que se considera que podia ter sido utilizado mais vezes, trazendo alguns conhecimentos e muitos efeitos positivos, como a promoção da diminuição da rigidez do tónus. Segundo Riley et al., (2009) existem pesquisas que demonstram que as pessoas com PNC podem ser artisticamente e musicalmente criativas, apreciando isto mesmo nos últimos estágios da doença (Riley et al., 2009). Pensando-se criticamente deveria ter sido introduzido, desde o início a estimulação sensorial, no entanto só a meio da intervenção foi possível perceber que a utente possuía um défice na memória sensorial, e embora fosse introduzido, já não foi com a intensidade necessária, uma vez que, foi necessário priorizar algumas áreas para o curto tempo de intervenção. O foco da intervenção estava na autonomia.

Tal como foi referido houve necessidade de priorizar as áreas a intervir, uma vez que a intervenção foi planeada para três meses tendo-se estendido por mais um mês.

Desta forma conseguiram-se equilibrar as atividades motoras e cognitivas, por norma interligadas, cativando a atenção e interesse para trabalhar as áreas necessárias.

No início da intervenção devido à preocupação excessiva com o cumprimento total do planeamento, eram realizadas sessões mais segmentadas. Com a evolução da experiência percebeu-se que há espaço para imprevisto, (caso a utente esteja a demonstrar mais ou menos interesse nas atividades propostas), e para prestar atenção a toda a linguagem corporal da utente considerando que esta experiência permitiu uma evolução ao nível profissional.

Por fim, percebeu-se ainda que muitas vezes a vontade não é suficiente, as limitações físicas ao nível do equilíbrio, características do envelhecimento que têm um papel preponderante na execução das atividades, tendo por vezes de haver alterações no que está planeado de modo a adequar ao estado da utente naquele momento. Isto vai de encontro à literatura em que é referido que o equilíbrio é um fator psicomotor responsável por problemas incapacitantes (Pereira, 2004).

Ao longo dos quatro meses registou-se evolução da técnica e da utente. Uma das grandes contribuições desta utente para o crescimento da técnica foi dar a perceber que a utente para além das sessões, pode necessitar de um momento de conversa mais alargado, para depois poder colaborar melhor no que lhe é proposto, e que não é necessário reaprender tudo, mas apenas o que lhe poderá fazer falta e será útil quando tiver alta, ou seja, aprendizagens que lhe tragam funcionalidade e consequentemente qualidade de vida.

Enquanto psicomotricista foi possível ganhar mais experiência com a população com PNC, diferenciando melhor características desta perturbação e alguns traços de personalidade, por exemplo a utente apresentou desde o início um rosto pouco expressivo e olhar estático, sendo esta, de acordo com Madera (2005), uma característica da PNC. Foi possível também, perceber as características da utente e aumentar o espaço dado a esta para realizar marcha, ficando com cada vez mais liberdade de movimentos. Conforme o número de sessões aumentavam, ainda foi possível melhorar as estratégias utilizadas quer para que a utente aderisse às sessões quer para que a utente realizasse as atividades o mais autonomamente possível. Este caso permitiu uma melhor compreensão das implicações que o corpo (ações e comportamentos) assume no estar e ser em desarmonia, e no desafio constante que é, para o psicomotricista, a promoção da satisfação e do bem estar físico e psicológico para este tipo de casos.

2.4 Estudo de caso de grupo

2.4.1 Caracterização do grupo

O serviço de Psicomotricidade na unidade Maria Josefa Récio (U.14) está organizado em 3 grupos de intervenção (mais dependente, intermédio e o mais autónomo). O estudo de caso recaiu sobre o grupo mais autónomo, apresentando elevado grau de literacia, mas com dependência física evidente.

O grupo é composto por sete utentes com idades compreendidas entre os 58 e os 82 anos, quatro do género masculino e três do género feminino. Segundo Vázquez e Mila (2014), que os grupos não devem exceder os 12 elementos, devendo ser mais reduzidos na presença de utentes dependentes. A intervenção psicomotora teve uma frequência bissemanal, com sessões de 45 a 60 minutos. Que está dentro do tempo proposto por Rodríguez (2003), para esta população.

Em cada reunião semanal eram integrados novos casos no grupo, desde que reunissem competências para o trabalho nesta dinâmica. Este grupo torna-se assim volátil, uma vez que existiam entradas e saídas de utentes ao longo do período intervenção.

A intervenção teve a duração de 8 meses, dado isto foi necessário fazer uma seleção de utentes para este estudo caso, tendo a opção recaído em utentes que tivessem participado em pelo menos 70% das sessões, o que equivale a frequência de no mínimo 13 sessões.

2.4.2 Caracterização dos casos

Para melhor compreensão das características do grupo segue-se uma breve caracterização dos sete casos selecionados para este estudo caso de grupo.

U1 – A utente R.P. tem 86 anos, deu entrada na CSI, mais propriamente na Unidade Maria Josefa Récio (U.14) é natural de Alhandra e residia desde há 1 ano em casa da filha em Massamá, é viúva há 40 anos e tem uma filha, uma neta e uma bisneta. É reformada de um emprego numa casa de pasto e de uma papelaria da qual era dona. Vivia sozinha até há 1 ano (2014), altura em que se acentuaram as alterações mnésicas e começou a negligenciar a toma de medicação, com episódios de ansiedade frequentes.

Está diagnosticada com uma Síndrome Demencial do tipo paranoide, apresentando alterações do comportamento há 10 anos (2005), inicialmente com delírios persecutórios e de conteúdo paranoide em relação aos vizinhos, acusando-os de lhe abrirem buracos no chão da casa. A utente é vígil, consciente, colaborante e desorientada no tempo e espaço apresentando um humor estável e um discurso fluente. A R.P. não usa

tecnologias de apoio e tem um índice de Barthel avaliado em 95, o que corresponde à categoria Independente, necessita apenas de supervisão na transferência cadeira-cama. Foi internada inserida no programa de Alívio do Cuidador, apresentando também sintomas para controlo. Esta utente frequentou 18 sessões de intervenção psicomotora em grupo.

U2- A utente A.F. deu entrada na CSI, mais propriamente na Unidade Maria Josefa Récio é natural de Bragança e reside em Tercena, é casada, tem 72 anos e tem 2 filhos. Esta tem a 4ª classe e é reformada há 16 anos, tendo trabalhado como doméstica.

Está diagnosticada com uma Síndrome Demencial vascular em comorbilidade com Depressão. A A.F. possui antecedentes clínicos de AVC, o primeiro foi há 16 anos, sem sequelas, entretanto colocou um pacemaker por bradicardias frequentes e repetiu o AVC isquémico há 12 anos, ficando acometida com hemiplegia esquerda. A utente só se desloca em cadeira de rodas e paralelamente à perda progressiva de autonomia houve um aumento significativo de peso, o que dificulta a atividade.

A utente é vígil e consciente, desorientada no espaço e no tempo, apresentando um discurso fluente, mas um humor flutuante acompanhando as flutuações cognitivas de desorientação. Nestes momentos a utente era apelativa (tenta chamar à atenção dos técnicos) e mostrava traços de ansiedade. Usa tecnologia de apoio, para se deslocar e tem um índice de Barthel avaliado em 10, o que corresponde à categoria Totalmente Dependente. Entrou para a instituição inserida no programa para Alívio de cuidador. Esta utente frequentou 19 sessões de intervenção psicomotora em grupo.

U3- A utente S.V. foi transferida para a Unidade Maria Josefa Récio (U.14) é natural de Lisboa e reside em Lisboa, tem 58 anos, é solteira, mas possuía um companheiro e não tem filhos. Nunca teve trabalho fixo ao longo da vida.

Está diagnosticada com Perturbação da Personalidade Borderline, uma Síndrome Demencial não especificada, tem hepatite C e hepatite B, história de fratura do colo do fémur e de consumo de álcool e cocaína antes do internamento.

Esta já esteve duas vezes internada na CSI, em diferentes unidades, devido à fratura no membro inferior esquerdo e a descompensação psiquiátrica e só depois foi transferida para a unidade Maria Josefa Récio (U.14). A utente está consciente com humor estável e tem um índice de Barthel avaliado em 40, o que corresponde à categoria Moderadamente Dependente. Isto quer dizer que é independente na alimentação e controlo intestinal, incontinência ocasional no controlo vesical, necessita de ajuda no vestir, no uso da casa de banho e de grande ajuda na transferência cadeira-cama, e é dependente

no banho, higiene corporal, subir escadas e deambulação. Entrou para a instituição inserida no programa para Alívio de cuidador e para reabilitação. Esta utente frequentou 18 sessões de intervenção psicomotora em grupo.

U4- O utente J.M. entrou na unidade Maria Josefa Récio (U.14) é natural de Manteigas, reside em Lisboa, casado, tem 73 anos e não tem filhos. Está reformado, tendo trabalhado numa empresa de construção civil.

Está diagnosticada com um Síndrome Demencial não especificado, tendo associado um quadro depressivo desde há cerca de 6 anos (2010). Foram descritos períodos de heteroagressividade com a esposa, bem como dependência progressiva das Atividades Básicas da Vida diária (ABVD), principalmente ao nível da marcha.

O utente encontrava-se consciente, colaborante, orientado na pessoa e desorientado no tempo e no espaço, apresentando um discurso fluente e humor eutímico. Não usa tecnologias de apoio e tem um índice de Barthel avaliado em 50, o que corresponde à categoria Moderadamente Dependente. Isto significa que é independente na alimentação e higiene corporal, necessita de ajuda no vestir, no uso da casa de banho e na deambulação, o utente necessita de grande ajuda na transferência cadeira-cama, possui uma incontinência ocasional no controlo intestinal e vesical, é dependente no banho e subir escadas. Entrou para a instituição inserido no programa para Alívio de cuidador e para reabilitação.

U5 - O utente T.B. entrou na CSI, mais propriamente na Unidade Maria Josefa Récio (U.14) é natural de Miranda do Douro, reside em Portela de Loures, tem 71 anos é casado e tem 3 filhos (2 da atual relação e um da relação anterior). É reformado, foi coronel do exército um dos responsáveis pela revolução do 25 de abril e mais tarde trabalhou como gestor hospitalar.

Está diagnosticado com Síndrome Demencial não especificado e uma Perturbação Bipolar há cerca de 30 anos, sendo independente até ao dia 10/1/2016, altura em que teve um AVC de onde resultou hemiplegia no membro superior esquerdo e hemiparesia no membro inferior esquerdo.

O utente está consciente, colaborante e orientado no espaço e na pessoa e desorientado no tempo, apresenta um humor estável. Este usa como tecnologias de apoio os óculos e tem um índice de Barthel avaliado em 25, o que corresponde à categoria Severamente Dependente. Isto significa que é dependente na alimentação, no banho, na higiene corporal, subir escadas e deambulação, necessita de grande ajuda na transferência

cadeira-cama, apresenta incontinência no controlo intestinal e no controlo vesical, necessitando de ajuda no vestir e no uso da casa de banho. Esta utente frequentou 13 sessões de intervenção psicomotora em grupo.

U6- O utente V.T. entrou na CSI, mais propriamente na Unidade Maria Josefa Récio (U.14) é natural de Sobral do Campo (Castelo Branco), reside em Lisboa, é divorciado, tem 70 anos e um filho. Frequentou a licenciatura de ciências físicas, mas não terminou, está reformado tendo trabalhado no Ministério da Educação, como chefe da secretaria da direção geral. A irmã com quem residia possui DA, tendo dado entrada na mesma unidade e no mesmo dia.

Está diagnosticado com Doença de Parkinson com evolução de 10 anos tendo progredido para Perturbação Neurocognitiva devido à doença de Parkinson, com um quadro de disartria e dificuldade de concentração. Tem hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2. Ao longo do ano 2015, o utente teve um historial de quedas ao longo de 2016, tendo uma queda resultado num TCE e uma hemorragia intracranéana com internamento no Hospital Amadora Sintra com indicação para vigilância.

O utente está consciente e orientado na pessoa, no tempo e no espaço, não apresentando um discurso fluente e humor subeufónico. Em termos de tecnologias de apoio usa óculos para leitura e cadeira de rodas. Este tem um índice de Barthel avaliado em 40, o que corresponde à categoria Moderadamente Dependente. Sendo independente na alimentação e controlo intestinal, necessita de ajuda no uso da casa de banho e na deambulação, e é dependente no vestir, no banho, higiene corporal, subir escadas e transferência cadeira-cama, possuindo incontinência ocasional no que se refere ao controlo vesical. Entrou para a instituição para reabilitação. Esta utente frequentou 15 sessões de intervenção psicomotora em grupo.

U7- O utente N.A. entrou para a CSI, mais propriamente na Unidade Maria Josefa (U.14) é natural de Castelo Branco e reside em Massamá, é casado, tem 66 anos e tem 2 filhas e 4 netos. É licenciado e está reformado tendo trabalhado como professor de Matemática. Está diagnosticado com uma Síndrome Demencial Frontotemporal e com uma Perturbação Bipolar diagnosticada há cerca de 40 anos.

Com história de vários internamentos nesta unidade, está orientado na pessoa e espaço e desorientado no tempo, mostrando um discurso fluente, apresenta humor subeufónico e calmo.

Em termos de tecnologias de apoio usa óculos e tem um índice de Barthel avaliado em 85, o que corresponde à categoria Ligeiramente Dependente, sendo independente na alimentação, na higiene corporal, no uso da casa de banho, na transferência cadeira-cama, na deambulação e no controlo intestinal e vesical, e necessita de ajuda no vestir e em subir escadas. Entrou para a instituição para controlo sintomático. Esta utente frequentou 19 sessões de intervenção psicomotora em grupo.

2.4.3 Breve introdução às Patologias mais prevalentes do grupo

Neste capítulo irá realizar-se uma breve abordagem às patologias que foram mais prevalentes no grupo.

Perturbação Bipolar

A Perturbação Bipolar devido às formas típicas (mania, depressão) é das perturbações mais consistentes ao longo da história da medicina. Os sintomas são facilmente caracterizados sendo possível o diagnóstico precoce e confiável (Moreno, Moreno, Ratzke, 2005).

Atualmente no DSM 5 a Perturbação Bipolar aparece no capítulo das Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas, existindo vários diagnósticos neste capítulo como, a Perturbação Bipolar I, Perturbação Bipolar II, Perturbação Ciclotímica, Perturbação Bipolar não especificada, entre outras (APA, 2014). No caso dos utentes do grupo em estudo, com Perturbação Bipolar, a mais prevalente é a Perturbação Bipolar I, que no seu antigo diagnóstico se intitulava por perturbação maníaco-depressivo clássica afetiva descrita no século XIX. A atual descrição varia da clássica na medida em que nem a psicose nem a experiência de um episódio depressivo major durante a vida são um requisito. Contudo, a grande maioria dos indivíduos com episódio maníaco sindromático completo, também experencia episódios depressivos major durante as suas vidas (APA, 2014).

A Perturbação Bipolar do tipo I exhibe estados que aparentam ser ordenados ou caóticos de elevação do humor patológicos (mania e hipomania), acompanhados de vários sintomas depressivos (APA, 2014). Normalmente há intervenção médica, quando existe incapacitação e mudanças de comportamento, como agitação e agressividade, problemas sociais e ocupacionais, falta de crítica e dificuldade em fazer julgamento da realidade (Moreno, et al., 2005).

Segundo Moreno, et al., (2005) a fase de mania afeta várias funções vegetativas, visto que quando o humor é eufórico, diminui a necessidade de sono, ocorre aumento da energia, além de inquietação e até mesmo agitação psicomotora. O pensamento torna-se rápido de mais, ocorrendo fuga de ideias, pensamentos de grandeza e baixa crítica pessoal que afasta o utente da realidade. A hipomania diferencia-se da mania essencialmente por ser mais breve (menos de uma semana) e não apresentar sintomas psicóticos, no entanto as manifestações dos dois estados são semelhantes, podendo experimentar humor eufórico ou irritabilidade (Moreno, et al., 2005).

A depressão bipolar é muitas vezes confundida com a depressão unipolar (Nivoli et al., 2011). Ambas possuem características melancólicas e ansiosas, a sua duração e o momento em que aparece é que é diferente (APA, 2014).

Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson (DP) está associada ao envelhecimento, é uma patologia neurodegenerativa (Rabelo, Lopes, Corona, e Araujo, 2015; Dias, Limongi, Barbosa e Hising, 2016; Souza et al., 2011) e é expressada de forma crónica e progressiva (Souza et al., 2011; Teive, 2005). Esta doença era caracterizada apenas pelos prejuízos motores, mas recentemente as manifestações da doença também sugerem declínio dos sistemas sensoriais e, além disso Dias et al. (2016), referem também os prejuízos neuropsicológicos, que são descritos por Teive (2005) como sendo distúrbios do sono, disfunção cognitiva, depressão, que podem estar relacionados com o acometimento de diferentes áreas do tronco cerebral e de diferentes regiões do cérebro.

Vários estudos definiram que DP é mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino e mais prevalente entre os 50 e 70 anos. No entanto pode aparecer em idade inferior a 40 sendo designado parkinsonismo juvenil (Ribeiro, Dantas, Medeiros, Arruda e Carvalho, 2004).

Os sintomas iniciais da DP são maioritariamente de natureza motora, interferindo diretamente na marcha e na execução de movimentos (Souza et al., 2011). É caracterizada clinicamente por Ribeiro et al.(2004) por tremor de repouso, bradicinésia, rigidez, instabilidade postural e, Sant et al.(2008), ainda acrescentam a diminuição da força muscular, da aptidão física, alterações cognitivas, tendência ao isolamento e depressão, enunciando que tais alterações favorecem o sedentarismo e dependência, não contribuindo para a qualidade de vida do indivíduo.

À medida que a DP progride é frequente os doentes desenvolverem quadros psicóticos, muitas vezes devido ao quadro neurocognitivo subjacente e outros induzidos pela medicação, que, se for o caso, deve ser revista (Peixinho, Azevedo, e Simões, 2006).

Esta doença pode estar associada a uma PNC Major ou Ligeira e aparece caracterizada no DSM 5 como PNC devido à DP. Após o início desta doença, o declínio cognitivo é o sintoma que melhor a caracteriza. Assim, a PNC é devida à DP quando esta antecede os declínios cognitivos, e quando não existe evidência de outra perturbação que possa contribuir para o défice cognitivo (APA, 2014). Conclui-se, deste modo, que o desenvolvimento de complicações neuropsiquiátricas nos doentes parkinsonianos constitui uma causa importante de institucionalização e de mau prognóstico (Peixinho, et al., 2006).

Acidente Vascular Cerebral

O AVC é uma patologia com grande mortalidade e morbilidade em Portugal (Silva, 2004). É uma doença caracterizada pelo início agudo de um défice neurológico que persiste por, pelo menos, 24 horas, podendo ser do tipo isquémico ou hemorrágico, de onde resulta o comprometimento da função cerebral (Cancela, 2008). Face ao aumento da idade média, da população portuguesa até 2025, será de esperar um incremento também da incidência de AVC (Providência, Gonçalves e Ferreira, 2013).

Segundo Saposnik, et al., (2011) fatores como, idade, sexo, gravidade do AVC e subtipo deste, história de outras doenças cardiovasculares, tabagismo, e doença renal crónica em diálise, aumenta o risco de mortalidade. Contudo, He, Li, Chen, Freng e Nie, (2014) para além de falarem nos fatores de risco (hipertensão, diabetes e tabagismo) referem também que a identificação desses fatores e a mudança de hábitos, leva a uma previsão mais eficaz do aparecimento de casos de AVC e recorrências. Verifica-se então, que o ponto de partida para tentar diminuir a incidência desta doença consiste no controlo desses fatores (Silva, 2004). No entanto, quando não é possível evitar o AVC, o tempo que decorre na escolha de um tratamento é essencial, de modo a minimizar os efeitos da lesão ocorrida (Saposnik, et al., 2011).

Os défices nas funções neurológicas devido ao AVC podem ter consequências a vários níveis, nomeadamente ao nível motor, sensorial, comportamental, preceptivo e linguagem. Quando ocorrem défices motores, estes caracterizam-se por hemiplegias, quando são paralisias completas ou hemiparesias, quando são paralisias parciais. Sabe-se ainda que a lesão no cérebro ocorre no lado oposto ao manifestado no hemicorpo (Cancela, 2008). O AVC resulta em inúmeras manifestações clínicas que limitam a realização das AVD, restringem a participação social e pioram a qualidade de vida (Scalzo,

Souza, Moreira, & Vieira, 2010). As lesões cerebrais podem resultar em alterações de linguagem e/ou fala; e em afasia, quando ocorre uma lesão focal, este é um dos distúrbios de linguagem mais comuns (Talarico, Venegas, Ortiz, 2011).

Os indivíduos que sobreviveram ao AVC sem diagnóstico imediato de PNC possuem um risco elevado de vir a desenvolver demência de início tardio. Deste modo, o desenvolvimento de estratégias eficazes na fase anterior à demência irá contribuir significativamente para a redução do risco (Mok et al., 2016).

Perturbação Depressiva

Em relação ao DMS–IV, neste momento, as perturbações depressivas aparecem num capítulo independente, separadamente das Pertubações Bipolares e Perturbações Relacionadas. Tal acontece, porque a duração, o momento em que aparecem e a etiologia presumida são diferentes, ou seja, podem apresentar sintomas com diversas características e.g. ansiosas, melancólicas, entre outros (APA, 2014). Acredita-se que a Perturbação Depressiva não é apenas mais um problema, mas o centro de muitos problemas, aqueles que podem levar até ela e que podem surgir a partir dela (Brown e Harris, 2012).

A Perturbação Depressiva é uma das principais causas de doença a nível mundial, historicamente concebida como uma doença da mente ou do cérebro, sendo uma das perturbações mais diagnosticadas entre adultos (Richards, 2011).

É provável que o período depressivo suceda algum evento angustiante (e.g. assistir a um acidente de familiar, perder emprego) ou contexto de stress familiar crónico (Brown e Harris, 2012). O atual diagnóstico da Perturbação Depressiva é baseado em descrições de sintomas, quanto à sua magnitude e duração (Richards, 2011). Alguns dos sintomas são o humor, predominantemente depressivo e/ou irritável e com dificuldade em sentir prazer ou alegria. Existe de igual forma, uma sensação subjetiva de diminuição de energia (cansaço, fadiga), desinteresse, lentificação, pensamentos pessimistas e ideias de ruína. De um modo geral, esses sintomas são acompanhados de alterações no sono e apetite, prejuízo cognitivo, alterações comportamentais e sintomas físicos (Paradela, 2011). Este diagnóstico é pautado pela existência de várias etapas, sendo elas, uma anamnese detalhada com o utente e os cuidadores (Paradela, 2011; Stella, Gobbi, Corazza, & Costa, 2002), um exame psiquiátrico minucioso, um exame clínico geral, uma avaliação neurológica, exames laboratoriais e de neuroimagem (Stella, et al., 2002) e ainda identificação de efeitos adversos de medicamentos para a realização de uma revisão dos mesmos (Paradela, 2011; Stella, et al., 2002). No que diz respeito especificamente à

anamnese, sabe-se que, segundo Paradela (2011), é importante que haja uma investigação de episódios depressivos anteriores, sintomas de mania ou hipomania, além da abordagem cuidadosa das questões acerca de luto e suicídio.

Tendo em vista as mudanças demográficas nos países desenvolvidos, o número de pessoas idosas irá aumentar substancialmente nas próximas décadas (Luppa et al., 2012). Assim, para os autores torna-se importante a compreensão dos aspetos clínicos da Perturbação Depressiva, uma vez que as taxas tendem a aumentar com a idade, substancialmente acima dos 85 anos, sendo mais frequente encontrar mulheres com esta perturbação (Luppa et al., 2012). Uma das grandes dificuldades em diagnosticar a Perturbação depressiva isoladamente é a existência de outras patologias associadas (Luppa et al., 2012), uma vez que a PNC e a Perturbação Depressiva são perturbações muito prevalentes na população idosa, podendo estar sobrepostas, dificultando o diagnóstico, tratamento e piorando o prognóstico (Paradela, 2011).

Cabe ressaltar que a Perturbação Depressiva no idoso, normalmente surge num contexto de diminuição da qualidade de vida associada ao isolamento e ao surgimento de doenças graves, sobretudo aquelas que imprimem sofrimento prolongado, levando à dependência física e à perda da autonomia, induzindo assim a hospitalização ou institucionalização. Os sintomas depressivos, por vezes, são confundidos com essas doenças ou como uma consequência natural do envelhecimento, sendo pouco valorizados, (Stella, et al., 2002).

A maioria das pessoas recupera, no entanto, esta recuperação pode não ser permanente, sendo provável o surgimento de episódios futuros, e havendo a ameaça de cronicidade. Uma variável chave que influencia as taxas de recuperação, recaída e recorrência é a presença de comorbilidades médicas ou psiquiátricas (Richards, 2011).

Após esta breve abordagem das patologias irá realizar-se um pequeno enquadramento sobre as vantagens da intervenção psicomotora em grupo, visto ter sido a intervenção usada especificamente neste estudo de caso.

2.4.3.1 Intervenção Psicomotora em grupo

No processo de envelhecimento é referenciado frequentemente por os idosos perderem os seus amigos, vizinhos, reduzindo o círculo de relações sociais. Isto conduz a que apresentem cerca de metade das relações que possuíam no início da idade adulta (Lang, 2001). O envelhecimento tem impacto nos hábitos do idoso na sociedade e no seu dia a dia, como já foi referido ao longo do relatório. Todavia quando se fala de instituições

de internamento, é necessário ter em conta que, a localização dos idosos no mesmo espaço físico não é suficiente para existir comunicação e interação entre eles (Guidetti, 2015), principalmente nos idosos com PNC onde a sua capacidade de comunicação está afetada, mesmo numa fase inicial da doença, e estes se sentem alheados da realidade, isolando-se (Yamaguchi, Maki e Yamagami, 2010). Promover a socialização é um desafio que se impõe, para que os idosos vivam de forma mais autónoma e integrados socialmente (Guidetti, 2015).

Posto isto, evidencia-se o papel fundamental da Psicomotricidade nesta promoção de socialização e criação de relações que úteis, tanto dentro como fora das sessões. A intervenção em grupo oferece a possibilidade de intervir com mais do que um idoso ao mesmo tempo, promove a socialização, oferece a possibilidade de trabalhar as relações interpessoais, o reconhecimento do outro e do espaço envolvente, admitindo sempre as características individuais do idoso (Morais, 2007). As dinâmicas de grupo são destacadas por Rodriguez e Paíno (1994) como forma de promover a ligação entre os diferentes elementos do grupo, devendo ser estabelecidas regras que vão de encontro às suas necessidades e interesses. Esta intervenção permite melhorar a comunicação e motivação para a aprendizagem. Para além disto, Yamaguchi et al. (2010) acrescenta que atribuir um papel social na PNC pode ajudar os utentes a confirmar a sua identidade e recuperar a sua dignidade. Na intervenção grupal o técnico, além das regras deve promover a comunicação bidirecional (técnico-utente e entre utentes), fornecer feedbacks positivos e incentivar a que cada utente mostre ao grupo as competências que ainda possui de forma a que se sinta competente.

Posto isto, de seguida irá abordar-se o instrumento de avaliação que foi utilizado nesta intervenção de grupo.

2.4.4 Instrumento de observação informal

Após a referenciação dos utentes nas reuniões de equipa para a intervenção em grupo, todos eles eram avaliados, inicialmente, por um instrumento de avaliação, que não era formal, pois isso iria tornar a avaliação um processo moroso e como se pôde observar, era um grupo volátil, em que as altas dos utentes, nem sempre eram realizadas com aviso prévio, o que também dificultava a avaliação formal. Assim, foi construído um instrumento onde é apenas usada a observação informal e, por isso admite-se alguma subjetividade do observador. Este instrumento surgiu adaptado ao contexto e ao tipo de utentes atendidos pelo serviço, como alternativa à avaliação formal, onde não era necessário retirar os utentes do grupo, permitindo a avaliação da interação entre utentes e as suas capacidades em grupo. O instrumento correspondeu às expectativas, revelando-se eficaz na avaliação dos elementos do grupo. Deste modo, considera-se útil à prática profissional, a construção de um instrumento quando a intervenção possui estas características.

A maioria dos itens foi retirado de outros instrumentos de avaliação, existindo tarefas diretas para diminuir a ambiguidade do instrumento. Os itens deste, são baseados nas características e dificuldades postuladas por diferentes autores sobre características inerentes às PNC e, para além disto, consideraram-se, igualmente, as principais áreas de atuação da intervenção psicomotora.

O instrumento (pode ser consultado no anexo C) é composto por 22 itens distribuídos da seguinte forma: os primeiros 6 itens correspondem a uma escala de *Likert* (1,2,3,4,5,6), 8 itens são retirados do EGP (8,9,12,13,14,17,18,19), 2 itens são retirados do teste de Tinetti (10,11), 4 itens do Mini Mental State Examination (15,16, 20.1, 20.2) e 1 item acerca da presença de dor, é retirado do Questionário de Saúde Versão Portuguesa – EQ-5D (22.1).

A primeira parte do instrumento, sobre a relação com as tarefas e com os pares, é apresentada através de tabela com itens que se consideram relevantes e inerentes ao desempenho de cada tarefa realizada, inclusive o nível de realização e a interação de grupo.

Na segunda parte de observação psicomotora surgem os itens da “Tonicidade”, do “Equilíbrio estático” e do “Equilíbrio dinâmico”, estes dois últimos são relevantes para a prevenção de quedas (Pereira, 2004) e, similarmente, para o modo como se deviam deslocar os utentes para a sessão, ou seja, fornecer a tecnologia de apoio adequada para promover a máxima funcionalidade. Outro dos itens presente é o “Equilíbrio Sentado”, visto que existiam utentes que apenas se deslocavam em cadeira de rodas, para completar as informações do item anterior surge o item “Levantar-se”. Como já se viu acima, os declínios

ocorrem de forma inversa à aquisição do desenvolvimento motor normal (Borges et al., 2010), assim torna-se importante avaliar a motricidade fina dos membros inferiores e superiores (primeiro fator a entrar em declínio) de acordo com a retrogênese (Fonseca, 2001). Surge ainda, o item de “Noção Corporal”, pois o envelhecimento altera o esquema corporal (Madera, 2005) e é necessário que haja consciência corporal para uma melhor expressão (Levy, 2000).

Na terceira parte surge o item de orientação para a realidade, com sub-itens de “orientação espacial” e “orientação temporal”. Estes surgem devido à presença de dificuldade na orientação espaço-temporal, nesta perturbação (Morais, 2007; Borges et al., 2010). O item da “Linguagem” possui diversos sub-itens, compreensão, verbalização e linguagem expressiva. Segundo Allegri, Harris, Serrano e Delevald (2001), observa-se uma diminuição da fluência verbal na PNC, principalmente na PNC frontotemporal onde ocorre uma dificuldade na linguagem expressiva. O incremento da linguagem expressiva permitirá aos idosos com PNC recuperar emoções e a comunicação (Madera, 2005). Nesta parte também se encontram os itens de Atenção, Concentração, Retenção e Evocação, uma vez que na PNC se observa um declínio significativo num ou mais domínios cognitivos (e.g. funções executivas, aprendizagem e memória, entre outras) (APA, 2014).

Quanto à quarta e última parte, de Outros itens tornou-se importante anotar declínios sensoriais (visuais e auditivos) que, como acima referido, ocorrem durante o envelhecimento (Cancela, 2007; Levy, 2000). Estes declínios influenciam o dia a dia dos utentes no desempenho das tarefas e no desempenho de outros itens do instrumento de observação, fornecendo informações acerca da adaptação de atividades/material e a proximidade da técnica na sessão. Por fim, o último item, Estado geral de saúde, no sub-item Dor/mal-estar pretende-se saber se o utente tem a dor controlada, quando existente, de forma a realizar as sessões de psicomotricidade de forma confortável. As queixas de dor representam, segundo Pereira (2004), por vezes, a forma como os idosos veem o corpo (i.e. corpo enquanto fonte de dor) existindo a necessidade de um trabalho corporal.

Através deste instrumento é possível compreender quais as áreas em que os utentes se encontram melhor e as que se encontram em declínio necessitando de maior estimulação.

2.4.5 Avaliação inicial e final dos casos do grupo

Na seguinte tabela 17 pode-se observar os dados relativos à avaliação inicial e avaliação final de cada utente, em cada um dos itens, tendo em conta a pontuação mínima e pontuação máxima que é possível obter.

Tabela 17 – Avaliação inicial e avaliação final dos casos do grupo

Utentes	R.P.		A.F.		S.V.		N.A.		J.M.		V.T.		T.B.	
	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
1-Compreensão da instrução (0-4)	2	4	3	4	3	4	2	3	3	4	3	4	2	4
2-Nível de realização (0-4)	3	4	2	3	3	4	3	4	2	4	3	4	3	3
3-Permanência na tarefa (0-4)	3	3	2	3	1	4	3	4	2	3	3	3	1	3
4-Participação na sessão (0-4)	2	4	2	3	2	3	4	4	3	4	2	4	1	4
5-Interação social (0-4)	3	4	3	3	1	3	3	4	3	4	2	4	2	4
6-Autonomia na tarefa (0-4)	2	3	1	3	2	4	3	4	2	3	2	3	2	3
7-Tonicidade (0-1)	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
8-Equilíbrio estático (0-6)	2	6	0	0	4	4	6	6	5	5	3	5	3	6
9-Equilíbrio dinâmico (0-6)	3	6	0	0	3	3	6	6	3	4	1	3	3	6
10-Equilíbrio sentado (0-2)	1	2	0	2	1	2	2	2	1	1	1	2	0	2
11-Equilíbrio/levantar-se (0-2)	0	2	0	0	0	2	2	2	0	2	0	2	0	2
12-Motricidade fina dos MS (0-2)	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1
13-Motricidade fina dos MI (0-2)	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
14-Noção do corpo (0-20)	15	20	15	20	19	19	19	20	19	20	19	20	19	20
15-Orientação temporal (0-5)	2	4	1	3	5	5	5	5	1	5	5	5	4	5
16-Orientação espacial (0-2)	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2
17-Retenção (0-3)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18-Atenção (0-2)	0	1	1	2	1	2	2	2	0	1	2	2	2	2
19-Evocação (0-3)	0	0	0	3	1	1	2	2	0	1	0	1	1	1
20-Linguagem (0-6)	5	6	3	6	3	5	4	5	5	5	3	5	3	6

Legenda: I – Avaliação Inicial; F – Avaliação Final

2.4.6 Dados relevantes da avaliação e sua discussão

A utente R.P. na avaliação inicial revelou dificuldade na noção corporal, segundo Juhel (2010), a imagem e esquema corporal modificam-se com o envelhecimento, como consequência de alterações corporais. Outra das dificuldades mais notórias nesta utente foi a tarefa de evocação. A utente possuía baixa autoestima e autoconfiança e isso influenciou a sua baixa autonomia na tarefa. Apesar de ser uma utente com humor ansioso, conseguia controlá-lo no contexto da sessão. A utente demonstrou facilidade na interação social e na linguagem, mostrando com facilidade as suas emoções, integrando-se bem socialmente no grupo.

Ao longo do processo terapêutico a utente melhorou ao nível: da noção de corpo, pensando-se que as sessões de psicomotricidade tiveram um contributo fundamental, uma vez que, segundo Maximiano (2004) é uma terapia com base no corpo de cada indivíduo; ao nível da compreensão da instrução; ao nível da participação da sessão conforme foi percebendo a dinâmica da sessão e percebendo que o grupo aceitava a sua opinião; e ao nível da autonomia da tarefa sendo fundamentais feedbacks positivos e encorajamento a realizar sem que houvesse valorização do erro. A evocação não registou melhorias mesmo após a intervenção, sendo necessário considerar as características da demência, tal como supramencionado a demência é progressiva, e um dos domínios que afeta é a memória (WHO, 2015), caracterizando-se por uma deterioração lenta e contínua (Liden et al., 2001). Considerando esta deterioração contínua já não foi possível manter ou incrementar esta capacidade. Esta embora apresenta-se dificuldades no âmbito cognitivo, aderiu mais facilmente a atividades que envolvessem esta componente em comparação com as atividades que exigissem atividades motoras.

A utente A.F., como já se constatou possuía uma Síndrome Demencial Vascular em comorbidade com depressão sendo visível nas sessões características de ambas as patologias. Na avaliação inicial, evidenciou desmotivação na realização das atividades, baixa autoconfiança e baixa autoestima segundo verbalizações da utente devia-se à sua história de vida e ao desgosto de não poder realizar as ABVD, devido à sua hemiplegia esquerda. Estando de acordo com o referido por Stella et al. (2002) em relação à Perturbação Depressiva no idoso que aparece associada, ao surgimento de doenças graves, sobretudo aquelas que levam à dependência física e à perda da autonomia. Ressalta-se, assim a importância da intervenção com o idoso mantendo-o ativo, melhorando o seu desempenho, a sua imagem e autoestima, contribuindo para a sua qualidade de vida (Ovando e Couto, 2010). A utente também possuía dificuldade no nível de realização, permanência na tarefa, participação na sessão, interação social e autonomia na tarefa e linguagem, não demonstrando com facilidade as suas emoções.

Como supracitado quando a PNC e a Perturbação Depressiva se encontram sobrepostas, dificultam o tratamento (Paradela, 2011). Assim, esta utente inicialmente foi reativa ao grupo e às atividades, mas ao longo do processo terapêutico foi possível perceber que a A.F. começou a participar de forma mais autónoma e até a possuir um melhor desempenho nas tarefas, aprendendo também com os restantes elementos do grupo. A utente aumentou a motivação e deixou de referir com frequência acontecimentos negativos do passado, o que corrobora com o supracitado por Rodríguez e Paíno (1994) acerca da intervenção em grupo. Apesar do trabalho realizado em 3 meses, apenas foi

possível incrementar o equilíbrio sentado, devido à sua hemiplegia esquerda. Devido a isto, também aderiu mais facilmente às atividades de âmbito cognitivo, pois as atividades que exigiam movimento evidenciavam as suas dificuldades.

Inicialmente, a utente S.V. apresentava dificuldades auditivas, mostrando vontade de comunicar, mas impaciência para o facto de os utentes não se esforçarem para comunicar com ela, tornando-se ríspida com eles. Isto vai de encontro a que, a perda de audição pode representar não apenas problemas sensoriais, mas também dificuldades na interação social (Levy, 2000), apesar da utente procurar comunicar, não conseguia. Para além disso, são visíveis características da Perturbação Borderline da Personalidade, pois necessitava de contacto com os utentes e a técnica, mas não sabia como comunicar (APA, 2014). Devido a isto, a utente apresentava dificuldades na interação social, participação na sessão e linguagem. Esta reagia a todas as mudanças do dia ou da sessão manifestando raiva na sua comunicação, e não era autónoma nem permanecia na tarefa. Estes dados, estão de acordo com o DSM-5 onde é referido que os indivíduos com esta perturbação vivenciam medos intensos de abandono e raiva em relação a separações e a alterações de planos (APA, 2014).

Ao longo do processo terapêutico, a S.V. teve de ser adequada de forma a que o seu contacto se tornasse menos ríspido e mais adequado às sessões em grupo. A existência de diferentes momentos na sessão e a dinâmica das tarefas, ajudou a utente a perceber a sua sequência e a evitar que se desregulasse e manifestasse sentimentos de raiva. Esta utente mostrou-se impaciente com qualquer tipo de atividade, utilizando-se diferentes estratégias para a motivar. Também começou a levantar-se sozinha sendo estimulada para tal desde o momento que precedia a sessão, quando se encontrava na sala de estar. A utente S.V. foi uma das mais difíceis de cativar e adequar ao grupo, tentava sempre manipular as atividades e os técnicos que a estimulavam. No entanto foi uma das que mais beneficiou da integração no grupo de intervenção, uma vez que, conseguiu melhorar a forma de se relacionar com os outros.

O utente N.A. quando entrou para o grupo encontrava-se numa fase depressiva da Perturbação Bipolar I, que como foi referido esta perturbação exhibe estados do humor patológicos acompanhados de vários sintomas depressivos (APA, 2014). Na avaliação inicial o utente não apresentou um discurso fluente e um rosto pouco expressivo, demonstrou dificuldade na compreensão da instrução. Esta após ser dada ao grupo era repetida de forma individual, utilizando diferentes estratégias de modo a facilitar a concentração do utente. Como já tinha sido referido, o avançar da idade implica maior concentração, para memorizar algo (Pais, 2008a). Demonstrou dificuldade de permanência

nas tarefas e linguagem, foi adequado no contacto com outros utentes e evidencia dificuldades na memória recente. Isto vai de encontro à ideia de Paradela (2011) acerca de algumas características depressivas são cansaço, fadiga, desinteresse, lentificação e pensamentos pessimistas (Paradela, 2011).

O utente sempre possuiu boa orientação espacial e temporal. Este era um dos utentes com maior capacidade critica e com a estimulação realizada nas sessões, apresentou um quadro evolutivo na linguagem e compreensão da instrução, beneficiando da integração no grupo. De acordo com a literatura os idosos com demência possuem a comunicação afetada, mesmo numa fase inicial da doença (Yamaguchi et al., 2010). Este utente beneficiou assim da Intervenção Psicomotora em grupo trabalhando as relações interpessoais (Morais, 2007).

O utente J.M. iniciou o processo terapêutico com dificuldades atencionais, dificultando uma série de tarefas em que a atenção fosse um fator inerente. Quando integrou o grupo, não conseguia permanecer na tarefa e participar na sessão, devido à sua desatenção. O que vai de encontro à bibliografia, uma vez que a partir dos 50/60 anos existe declínio na atenção, memória e velocidade de processamento (Olave-Sepúlveda e Ubilla-Bustamante, 2011). O utente na área do equilíbrio dinâmico necessitou de estratégias para conseguir executar o movimento com qualidade e de forma menos lentificada. Estas alterações evidenciadas pelo utente são, segundo Cancela (2007), devidas à combinação da lentificação do SNC, com o decréscimo da memória de trabalho e das alterações sensoriais e percutuais, dificultando tarefas, que anteriormente eram automáticas (e.g. a marcha).

Adere com facilidade às atividades exibindo mais dificuldades na praxia fina. O utente J.M. apesar de possuir dificuldades na realização das tarefas não desistiu do processo terapêutico nem deixou de ter um rosto expressivo.

O utente T.B. chegou à avaliação inicial com atitudes pessimista e um comportamento desinibido, sendo necessário controlá-lo para se conseguir uma melhor avaliação. Inicialmente possuía dificuldade em manter o equilíbrio e postura, falta de habilidade para reconhecer a posição dos segmentos corporais, associada à diminuição da sensibilidade à pressão, trazem problemas ao nível do controlo postural (Melo e Barreiros, 2002). O utente entrou com hemiplegia no membro superior esquerdo e hemiparesia no membro inferior esquerdo, tendo uma grande evolução ao nível da postura e conseguindo realizar marcha autonomamente no final da intervenção. Para (Levy, 2000) a postura e a marcha exigem um grande esforço para suportar o corpo e preservar o equilíbrio. Considera-se assim que o utente teve uma evolução considerável a este nível.

Este utente ao longo do processo terapêutico não permitia a existência de tempos mortos, desmotivando facilmente. Apresentou dificuldades na linguagem expressiva. Aderiu com maior facilidade às atividades de âmbito maioritariamente cognitivo, apesar das dificuldades de permanência na tarefa. Empenhou-se bastante no melhoramento da marcha tanto dentro como fora das sessões. Este utente melhorou praticamente em todas as tarefas, a motricidade dos membros superiores não foi possível incrementar apenas manter, uma vez que possuía uma hemiplegia do membro superior esquerdo.

O utente V.T. na avaliação inicial apresentava dificuldades na linguagem expressiva, tremores em repouso e em tarefas de motricidade fina. Também apresenta dificuldades em todas as atividades que exigissem movimentos, fossem eles amplos ou finos, o que já era esperado, uma vez que o utente possui uma Doença de Parkinson e de acordo com a literatura os sintomas apresentados são maioritariamente de natureza motora, interferindo na execução de movimentos (Souza et al., 2011) além disso é caracterizada por tremor de repouso, bradicinésia, rigidez, instabilidade postural (Ribeiro et al., 2004). A linguagem expressiva para além da componente do envelhecimento segundo Gaudet (2002) também é uma dificuldade dos doentes com Parkinson, que poderá ser um fator a prejudicar a vida social.

No final do processo terapêutico o utente evoluiu em praticamente todas as áreas notando-se melhor evolução na participação na sessão, na interação social, no equilíbrio estático, no levantar-se autonomamente, na orientação espacial, na evocação, na linguagem.

No geral todos os utentes nas avaliações iniciais foram menos expressivos, apresentavam mais dificuldades na marcha e desorientação temporal e espacial, em relação à avaliação final.

2.4.7 Plano de Intervenção do grupo

O plano de intervenção (tabela 18) foi realizado com diversos fatores psicomotores que se considera essencial no trabalho durante o envelhecimento quando está presente uma PNC major ou ligeira e segundo as características dos utentes presentes na U.14, principalmente dos utentes que frequentam o grupo mais autónomo.

Este plano de intervenção foi aplicado com diversos planeamentos e registos das sessões (ver no anexo D um exemplo).

Tabela 18 – Plano de Intervenção de grupo

Áreas	Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades	Estratégias	Recursos
Psicomotricidade : manter ou melhorar ...					
Equilíbrio estático	... o equilíbrio estático.	... o equilíbrio a pés juntos;	-Atividades de equilíbrio com e sem materiais;	Ajuda Física Reforço Verbal	Arcos Bolas Cesto
Equilíbrio dinâmico	... o equilíbrio dinâmico.	... o equilíbrio pé ante pé.	-Realização de deslocamentos várias formas;	Reforço Verbal Ajuda Física Demonstração	Arcos Bolas
Noção do corpo	... da Noção do Corpo	... o Esquema corporal ...a Imagem do corpo	O corpo humano: -realização puzzles; -Descodificação de provérbios; -Passagem pelas diferentes partes do corpo com diferentes texturas e objetos.	Ajuda Física Reforço Verbal Demonstração	Peças do corpo humano Espelho Folhas Crepe
Estruturação espaço-temporal	... a orientação espaço-temporal	... a orientação espacial; ... a orientação temporal; ... a capacidade de sequencialização;	-Orientação para a realidade; -Divisão de figuras em partes iguais; -Cópia de sequências geométricas; -Realização de deslocamentos.	Reforço Verbal Demonstração Descoberta guiada Simplificação da tarefa	Imagens sequenciais Figuras geométricas Arcos
Praxia Fina	... a Praxia fina.	... a pega de objetos; ... a pega em pinça a dois dedos;	-Realização de enfiamentos; -Realização de construções; - Utilização da pega dos materiais em pinça; - Realização de labirintos; - Realização de pintura.	Reforço Verbal Ajuda Física Demonstração	Peças de plástico Pinceis Cubos de madeira Peças de puzzle
Tonicidade	... a melhoria do tónus	... a relaxação tónica	- Realização de atividades com música calma; - Realização de atividades que promovam o contacto corporal com diferentes pressões;		Música Bolas
Cognição e linguagem : manter ou melhorar ...					
Atenção e concentração	... a capacidade de atenção ... a capacidade de concentração ... a capacidade de permanência na tarefa	... o tempo de permanência na tarefa; ... a diminuição do tempo de reação;	- Realização das tarefas o mais rápido possível; - Aumento dos feedbacks positivos de modo aos utentes para permanecer na tarefa;	Verbalização Reforço Verbal	
Memória	... a memória	...a memória visual e auditiva; ...tarefas de evocação; ... a memória imediata; ...noção de número; ... noção de quantidade;	-Relembrar atividades executadas no quotidiano; -Contactar com objetos e texturas que pertenciam ao seu quotidiano; -Contactar com sons que pertenciam ao seu quotidiano; -Ouvir sequências de imagens e comparar com a sua;	Reforço Verbal Descoberta guiada	Imagens Sons Texturas Utensílios do dia a dia Sequências de imagens Diferentes quantidades
Resolução de problemas	... a resolução de problemas; ... a autonomia na tarefa	... a planificação das tarefas ... os diferentes passos da tarefa ... dificuldades e constrangimentos	- Persistência nas tarefas. -Realização de uma atividade complexa por partes; -Realização de sequências.	Verbalização Reforço Verbal Descoberta guiada	Imagens
Linguagem	... a linguagem verbal; ... a linguagem não verbal;	... a linguagem como expressão do pensamento; ... atividades mímicas;	-Realização de diálogos iniciais e finais. -Atividades mímicas	Reforço Verbal	Imagens Palavras
Socio-Afetividade: manter ou melhorar...					
Identificação de interesses	... a identificação de interesses	... a capacidade de identificação das atividades mais significativas;	-Reflexões críticas das atividades	Reforço Verbal Questionamento Demonstração	Imagens Objetos
Interação Social	... a interação social	... a interação entre o grupo; ... a interação com a técnica;	- Aumento das atividades a pares ou em grupo; - Realização de puzzles em grupo; - Aumento da interação com a técnica	Reforço verbal Demonstração Descoberta guiada	Puzzle Bolas Mímica Bingo
Autoconfiança	... a autoconfiança	... a confiança nos próprios; ...a autoestima	- Aumento dos feedbacks positivos de modo aos utentes ganharem confiança;	Reforço Verbal	

2.4.8 Reflexão crítica sobre estudo de caso de grupo

Inicialmente, no trabalho em grupo foi difícil de gerir o risco de fuga, presente neste tipo de população face ao número de utentes e dependência dos mesmos, sendo que, para se passar para a sala terapêutica, era necessário passar pelos elevadores e alguns utentes tentavam aceder a estes. Também foi trabalhoso controlar quando os utentes chegavam verborreicos, perceber o que seria bem ou mal entendido por eles quando eram colocados limites, i.e. ser assertiva perante as atitudes deles. Com apenas uma Psicomotricista nas sessões foi difícil de gerir o número de elementos presentes e o seu grau de dependência. Os utentes com maior autonomia, normalmente, eram mais rápidos na realização das atividades, tendo de haver estratégias de complexificação das tarefas para alguns utentes e dada autonomia para começar a preparar uma nova tarefa para os restantes elementos (empowerment).

Devido às patologias associadas, a maioria da população era apática, sendo um dos primeiros entraves para a técnica ao lidar com este grupo.

Tal como no estudo de caso individual, o material tinha de ser concreto e quanto mais palpável melhor, pois tinham dificuldade em entender desenhos animados e entender termos que não fossem comuns ao seu dia a dia, mostrando dificuldade em assimilar expressões sinónimas, se não forem do seu quotidiano (e.g. secar cabelo com secador e secar cabelo com toalha – não podiam ser os dois secar cabelo).

Apesar de se encontrarem na mesma Sala de Estar na unidade, poucos eram os que por iniciativa contactavam entre si, sendo a socialização uma tarefa difícil para a maior parte deles. As apresentações realizadas pela psicomotricista, cada vez que um utente entrava para o grupo, contribuíam para que os utentes comesçassem a despertar interesse para o outro (i.e. saber de onde eram e o que faziam), prolongando esses laços para outros contextos muitas vezes. Também foram impulsionados a entreajudarem-se e a dialogarem, sendo usada, por vezes, a estratégia de colocar os objetos longe para que necessitassem de dialogar e pedir os objetos aos restantes elementos, bem como usadas atividades que necessitassem de serem todos a contribuir para chegar ao objetivo final.

Para alguns utentes era necessário transmitir-lhes o espaço do outro, para não o invadirem e respeitarem, i.e. não realizarem as atividades pelos outros, não falarem na vez do outro, respeitarem o tempo que o outro necessitava para responder.

Era necessário ter em atenção quando apresentavam maneirismos (e.g. colocando os objetos na boca), arranjar estratégias de contenção e redobrar a atenção a esses elementos.

Muitos dos utentes apresentavam dificuldades em manusear a plasticina, ou porque era um material estranho e trazia novas sensações, ou porque tinham dificuldade em abstrair-se e acreditar que iria sair um animal, ou uma fruta de um bocado de plasticina. A técnica usava como estratégia a modelagem em simultâneo, usava o questionamento acerca do que o utente teria de moldar e, por vezes, dividindo por partes era mais fácil para eles construírem o objeto final. A atividade da mímica era outra atividade que lhes trazia bastantes dificuldades. Tendo de ser estimulados e incentivados a perderem o medo de se expressarem não só verbalmente como gestualmente, percebendo as potencialidades que o corpo teria. Com esta população é necessário estar atento não só ao desempenho nas atividades como aos comportamentos desajustados que surgem, de modo a não perturbarem o grupo e a não se porem em risco.

Apesar de todos os utentes possuírem uma PNC em comum, as comorbilidades eram diferentes, por isso, como Psicomotricista o trabalho com um grupo permite apurar a atenção, desenvolver estratégias de forma mais rápida para cada elemento, para que o grupo não fique à espera e sendo um grupo heterogéneo é necessário arranjar diferentes formas de explicar e demonstrar as tarefas que são propostas, porque nem todos tinham o mesmo grau de compreensão, nível de escolaridade e, por vezes, devido ao baixo grau de audição também eram necessários gestos.

3 Projeto de Intervenção

PRO_CF (Programa de Relaxação para cuidadores formais de pessoas com PNC)



3.1 Problema observado durante as atividades de estágio na CSI

Ao longo do estágio observou-se a existência de comportamentos de stress ocupacional, sintomas de exaustão e de saturação profissional em muitos cuidadores formais. Este facto foi o ponto de partida para o desenvolvimento deste projeto. O objetivo inicial foi criar um projeto de intervenção com aplicação ao contexto da CSI. Para isso, tomou-se em consideração os recursos físicos, materiais e humanos da própria instituição, tornando exequível o projeto, que de seguida se irá descrever.

3.2 Enquadramento teórico do projeto

3.2.1 Introdução

Segundo Cardoso, Vieira, Ricci e Mazza (2012), a maioria da investigação nesta área tem recaído sobre os níveis de stress e o *burnout* do cuidador informal/familiar, aparecendo em número reduzido investigação sobre os profissionais de saúde (cuidadores formais). Sabendo que, o número de pessoas com PNC tem aumentado, os desafios às instituições que os acolhem e aos profissionais de saúde que trabalham diariamente com pessoas com esta população são diretamente proporcionais. Deste modo, torna-se relevante pensar a necessidade de ajustar os recursos existentes ao número de pessoas atual com esta perturbação.

A existência de elevados níveis de stress e insatisfação laboral é destacado por vários autores, levando a que alguns sublinhem a importância de programas de intervenção que integrem informação e suporte emocional para profissionais (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa, 2011; Davison et al., 2007). Por outro lado, nas instituições, o cuidado prestado varia desde intervenções simples até cuidados mais intensivos e especializados, dependendo das características do cuidador, necessidades de cuidado, condições para realizar o cuidado, fatores sócio-culturais e necessidades do doente. Este cuidado pode tornar-se uma fonte de stress e gerar sobrecarga ao cuidador formal (Cardoso et al., 2012).

Numa recolha entre cuidadores formais ou profissionais que trabalham com a PNC em instituições, os autores verificaram que, um dos fatores que interferem com o emprego

é o nível de sobrecarga que este cuidado proporciona (Cardoso, et al., 2012). Sabe-se que, existem alguns comportamentos característicos das pessoas com PNC, tais como agressão e gritos, fraco desempenho nas AVD que tem impacto na sobrecarga dos cuidadores formais, principalmente em unidades especializadas para PNC nos hospitais psiquiátricos e instituições de cuidados geriátricos (Miyamoto, Tachimori e Ito, 2010).

Segundo Felton (1998), associado a esta sobrecarga aparece o conceito de *burnout*, caracterizado por esgotamento da força física ou emocional, resultado do stress prolongado ou frustração. O termo apareceu a partir da década de 70, sendo adicionado ao léxico da saúde mental e detetado em vários cuidadores formais. Para o mesmo autor, o *burnout* resulta na diminuição da produtividade, aumentos de faltas ao trabalho e dos custos de cuidados de saúde. *Burnout* produz mudanças físicas e comportamentais, levando, em alguns casos, ao abuso químico. É caracterizado, como uma doença profissional, que deve ser reconhecida e tratada precocemente. Os profissionais em risco incluem médicos, enfermeiros, assistentes sociais, serviços de emergência, trabalhadores de saúde mental e oncologia, terapeutas entre outros. Deste modo, torna-se necessária a identificação precoce deste problema emocional para evitar a despersonalização da relação cuidador/utente (Felton, 1998).

Para melhorar o emprego é necessário promover a relação com os utentes e famílias, promover a identidade profissional, o crescimento pessoal, e gerir a sobrecarga do cuidador formal (Debring, McCarty, Lombardo, 2002). O desequilíbrio na saúde do profissional traz consequências na qualidade dos serviços prestados e no nível de produção (Pereira, 2002a), alertando-se, assim, para a importância de intervenções com estes profissionais (Bastawrous, 2013; Santos e Cardoso, 2010).

3.2.2 *Burnout*, Sobrecarga, stress ocupacional do cuidador formal

Segundo Sequeira (2010), o envelhecimento está genericamente associado à dependência, sendo necessário promover a dignidade do idoso, criando condições para que consiga realizar as AVD. Para promover esta dignidade ao utente é necessário que os cuidadores possuam competências específicas de intervenção, pois os idosos merecem ser cuidados de forma segura e digna sem que isso ponha em risco a saúde do cuidador. Portanto, para que, este cuidado aconteça da melhor forma torna-se necessário promover uma relação mais estreita entre os cuidadores formais e informais.

Pelo que se acabou de referir, é fácil compreender a emergência e o progressivo interesse científico sobre os conceitos de cuidador formal e cuidador informal (Areosa, Henz, Lawisch, e Areosa, 2014). Como já se viu atrás, os **cuidadores formais** são aqueles

que desenvolvem o cuidado no âmbito da atividade profissional e normalmente se encontram devidamente qualificados, compreendendo profissionais remunerados ou voluntários em variados tipos de instituições (Sequeira, 2010). Esses cuidadores têm, em geral, formação de auxiliar ou técnico de enfermagem, com formação orientada para o cuidado dos portadores de patologia física ou mental, em função do atendimento de necessidades específicas (Santos e Cardoso, 2010; Areosa et al., 2014). Já os **cuidadores informais** prestam cuidados preferencialmente no domicílio, sendo um trabalho para o qual, por norma não estão preparados antecipadamente, não recebem remuneração e executando parte ou total dos cuidados (Sequeira, 2010).

Sabe-se hoje que, cuidar de idosos com PNC a nível formal, devido à grande dependência e frequentes distúrbios comportamentais que acompanham a doença, está associado a elevados níveis de sobrecarga, *stress* e insatisfação laboral (Barbosa, et al., 2011; Miyamoto et al., 2010). Os comportamentos disruptivos apresentados pelos indivíduos com PNC bem como ser responsável pelos cuidados de diversos indivíduos propiciam esse stress (Brodaty, Draper, e Low, 2003; Miyamoto, et al., 2010). A estes fatores acresce ainda o facto de alguns dos cuidadores não saberem distinguir entre comportamentos deliberados e característicos da PNC (Brodaty et al., 2003). Os problemas comportamentais associados à PNC geram, assim, um grande sofrimento para aqueles cuja missão é cuidar (Rodney, 2000). Considera-se que serão os enfermeiros, esses prestadores de cuidados, que possuem maior risco em experimentar *stress* e problemas de saúde relacionados com este (Rodney, 2000). A relação entre stress e trabalho designa-se, segundo Santos e Cardoso (2010), por stress ocupacional.

Neste seguimento, *stress* e *burnout*, têm despertado interesse, particularmente em enfermagem e em auxiliares de ação médica, sabendo-se que estes conceitos afetam os indivíduos e instituições (Jennings, 2008). *Burnout* é um termo complicado de definir, devido às várias denominações que cada um dos autores adota para o mesmo (e.g. stress laboral, stress laboral assistencial, stress profissional, stress ocupacional) (Pereira, 2002b). Pensa-se que este representa um processo de stress crónico, associado ao contexto laboral (Pereira 2002a; Pereira 2002b), mais propriamente de stress crónico ocupacional, trazendo consequências negativas, a nível individual, profissional, familiar e social. No ambiente institucional os efeitos do *burnout* fazem-se sentir na diminuição da produtividade (Amorim, 2002). O stress ocupacional diferencia-se do *burnout* devido à perspetiva relacional presente neste último. Essa característica está presente nos prestadores de cuidados ou serviços a outros (Pereira, 2002b).

Posto isto, o *stress* é um processo temporário de adaptação que compreende modificações físicas e mentais. Embora este possa ser positivo ou negativo o *burnout* tem sempre carácter negativo. Sendo este último, segundo a conceção clínica, caracterizado por um conjunto de sintomas (e.g. fadiga física e mental, falta de sentimento de impotência e inutilidade, baixa autoestima), pode levar o profissional à depressão e até mesmo suicídio (Pereira, 2002b). Conclui-se que *burnout* é uma metáfora para significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental (Pereira, 2002b).

Para além destes termos, na literatura também aparece descrito, no mesmo seguimento, o termo “Sobrecarga do Cuidador” que, segundo Bastawrous (2013), é um termo impreciso e que, nem sempre é bem definido. Segundo Sequeira, (2010) sobrecarga deriva do termo inglês “burden” e aparece em consequência dos cuidados prestados a um doente, no entanto torna-se complexa a sua definição na prática, referindo-se apenas às consequências negativas. O facto de os conceitos não serem precisos, dificulta a realização de programas de intervenção eficazes (Bastawrous, 2013).

3.2.3 Importância da formação e intervenção para prevenir burnout

Como se viu no capítulo anterior, destaca-se a importância da intervenção nos cuidadores formais, no entanto, quer a formação dos cuidadores relativamente a aspetos de reabilitação que podem ser empregues na prestação dos cuidados, quer a própria intervenção junto dos idosos com PNC são escassas. Portanto, é necessário formar os cuidadores formais com competências que lhes permitam adequar os cuidados às necessidades dos idosos e, simultaneamente, diminuir a sobrecarga subjacente ao ato de cuidar (Barbosa, et al., 2011). Sabe-se que, na última década tem havido preocupação com a melhoria na prestação de cuidados às pessoas com PNC, apenas através da intervenção com os cuidadores informais, no sentido de eles melhorarem o conhecimento e compreensão da doença (Figueiredo, Guerra, Marques e Sousa, 2012; Barbosa, et al., 2011), desvalorizando o stress e a sobrecarga emocional que estes cuidadores possam estar a passar (Barbosa et al., 2011).

Neste seguimento, existe a necessidade de desenvolver programas de intervenção com os cuidadores formais; que devem visar não só a promoção de conhecimentos e competências específicas no contexto dos cuidados das pessoas com a PNC, mas também, o desenvolvimento de estratégias que promovam o autocuidado, a gestão do *stress* e a sobrecarga emocional (Barbosa, et al., 2011; Santos e Cardoso, 2010).

Os indivíduos com profissões ligadas à saúde podem ter taxas mais altas de depressão e ansiedade, acarretando consequências negativas (Irving, Dobkin e Park, 2009). Esta é agravada quando é executado em unidades de longo internamento, devido a ficarem expostos a um elevado número de fatores, aumentando os níveis de *stress* ou levar ao *burnout* (Westermann, Kozak, Harling e Nienhaus, 2014). Esses níveis de *stress* no trabalho, a longo prazo, estão relacionados com períodos de baixa médica constituindo uma ameaça grave para a saúde e um encargo económico para o trabalhador e para a sociedade. As consequências do *stress* ocupacional encontram-se documentadas em vários estudos com repercussões a curto e longo prazo na qualidade de vida dos trabalhadores e instituições (Borges e Ferreira, 2013; Mariné, Ruotsalainen, Serra e Verbeek, 2015). Desta forma, são necessárias intervenções eficazes para a reabilitação e facilitação do regresso ao trabalho (Beck, Hansen e Gold, 2015; Noblet e LaMontagne, 2006).

Segundo Borges e Ferreira (2013), durante a gestão das unidades de cuidados, surgiu a evidência científica que é necessário desenvolver estratégias e mobilizar recursos para que a promoção da saúde no trabalho seja uma realidade. Torna-se fundamental, num primeiro momento sensibilizar gestores para a relevância e resultados que poderão advir no domínio da qualidade de cuidados prestados pelos enfermeiros.

Em relação às amplas pesquisas que examinam o *stress* e *burnout* em profissionais de saúde, pouca atenção tem sido dirigida para intervenções preventivas e de promoção da saúde (Felton, 1998; Yung, Fung, Chan, e Lau, 2004; Irving, Dobkin e Park, 2009). Sendo necessário intervir preventivamente, uma vez que na maioria das vezes, as pessoas não chegam a tomar consciência dos variados níveis de tensão ou contração acumuladas ao longo dos tempos, que resultam, em debilidade da saúde física e emocional (Fonseca, 2007).

Segundo a literatura, os programas de intervenção podem ser dirigidos tanto à pessoa ou a um grupo, (servindo para reforçar a competência do trabalho e habilidades de enfrentamento pessoal, apoio social), à instituição (através de mudanças nos procedimentos de trabalho como reestruturação de tarefas, avaliação do trabalho e supervisão, aumentando o controlo do trabalho ou o nível de participação no processo decisório) ou uma combinação de ambos (para capacitar os indivíduos e reduzir as situações que causam *stress*). No final, espera-se que, os programas de intervenção reduzam os sintomas relacionados com a saúde mental (Awa, Plaumann, e Walter, 2010).

O objetivo das intervenções a nível individual é fornecer às pessoas conhecimentos, competências e recursos para lidar com as condições stressantes (Noblet e LaMontagne,

2006), pois a forma como se vive emocionalmente as situações são expressas pelo tónus, pelo gesto, expressão facial, entre outras e deixam marcas na memória do sujeito (Martins, 2001). O ideal seria realizar as intervenções no local de trabalho (Noblet, e LaMontagne, 2006); tendo o terapeuta de fazer com que, os participantes reflitam sobre a sua reação a cada obstáculo encontrado no seu dia a dia (Martins, 2001).

3.2.4 Relaxação como metodologia de intervenção nos cuidadores formais

No seguimento do capítulo anterior, aparecem intervenções como a relaxação, biofeedback, meditação, gestão do tempo, estabelecimento de metas, entre outras, que visam alterar a forma como as pessoas se estruturam e organizam o seu trabalho e vidas. Noble e LaMontagne (2006) e Yung et al. (2004) defendem a relaxação, como sendo um método de gestão do stress eficaz e Mariné et al., (2015) acrescentam que os métodos de relaxação, que promovam o relaxamento físico e mental reduzem o stress mais do que qualquer outra intervenção.

Intervenções baseadas em técnicas de relaxação são eficazes, essencialmente para reduzir a exaustão emocional (Maricuțoiu, Sava, e Butta, 2016), queixas psicológicas, cansaço, fadiga (Van Rhenen, Bonk, Van Der Klink e Schaufeli, 2005), melhorar os níveis de pressão arterial e de ansiedade (Alparslan e Akdemir, 2010), diminuição da frequência cardíaca, e percepção de relaxamento muscular (Borges e Rodrigues-Ferreira 2011).

Muitas das técnicas de relaxação têm como objetivo aumentar a consciência das áreas de tensão muscular inconsciente, envolvendo uma forma consciente para perceber e relaxar durante a expiração (Zollman, Vickers, McCall e Richardson, 2009). A relaxação psicoterapêutica numa base tónico emocional e de forma não verbal estabelece uma relação entre o que é sentido e vivido numa determinada experiência, sendo possível interiorizá-la pela atribuição de um significado através da mediação da palavra (Martins, 2001). Embora existam inúmeras técnicas de relaxação, todas tentam dirigir a atenção, no sentido de ensinar a mente a afastar os pensamentos com que se ocupa durante o dia, conduzindo-a para o que está a acontecer no momento presente e procurando criar estados mentais positivos (Fonseca, 2007). A criação destes estados mentais positivos faz-se, principalmente, através da utilização da visualização ou imaginação ativa, para proporcionar a evocação de ambientes que lhes tragam sentimentos mais harmoniosos, promovendo estados mentais que influenciem positivamente a saúde. Estas técnicas permitem controlar grande parte do nosso mundo interior, e aos poucos permite expandir

esse conhecimento, harmonizando o modo como se começa a relacionar com o exterior (Fonseca, 2007).

Na especificidade do contexto do trabalho alguns dos autores defendem para gestão do stress, a relaxação, em particular o método progressivo de Jacobson (Borges e Ferreira, 2013; Borges e Rodrigues-Ferreira, 2011; Zollman, et al., 2009), havendo evidencias das vantagens da sua aplicação (Borges e Rodrigues-Ferreira, 2011), ao reduzir as queixas psicológicas, especialmente ansiedade relacionada com situações stressantes (Zollman, et al., 2009). Para além deste método, também existe o método de Eutonia de Gerda Alexander, em que os seus princípios se aplicam a todas as situações da vida, desde as atividades do dia a dia às práticas profissionais, às artes e aos desportos (Brieghel-Müller e Winkler, 1999).

Concluindo, a relaxação é apresentada como técnica não farmacológica e de mediação corporal, que pode ser realizada para criar estados de eutonia (Fonseca, 2007). Havendo evidencias, que os efeitos destas intervenções no *burnout* são significativas mesmo 6 meses após o final da intervenção (Maricuțoiu et al., 2016; Van Rhenen, et al., 2005).

3.3 Objetivos do projeto

Este projeto centra-se na forma como os níveis de stress ocupacional e de exaustão são vivenciados pelos cuidadores formais de pessoas com PNC na CSI, mais propriamente na U.14. E de que forma esses níveis podem interferir na sua saúde emocional, nos cuidados terapêuticos prestados, e na ajuda nas AVD às pessoas institucionalizadas com essa perturbação. Mais concretamente, pretende-se:

- Utilizar vários métodos de relaxação de forma a reduzir os níveis de stress prolongado dos cuidadores formais;
- Desenvolver atividades de adequação tónico-emocional para redução dos sintomas de exaustão;
- Promover autoconsciencialização corporal como forma de prevenir o *burnout*;
- Desenvolver a capacitação dos cuidadores formais para a reprodução das técnicas no dia a dia.

3.4 Planeamento do programa de intervenção

Inicialmente será estabelecido o contacto com a instituição, com o intuito de mostrar o projeto e os seus objetivos. Posteriormente, para os interessados em colaborar, será dado um consentimento informado que deverá ser assinado. Neste sentido, devem ser

esclarecidas as condições do processo terapêutico com os participantes e convém que os participantes se sintam à vontade para referir as dificuldades (Martins, 2001).

3.4.1 Público Alvo

Para integrar o programa é necessário ser funcionário da CSI, mais especificamente da Unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva (U.14), principalmente os que desejarem participar de forma voluntária e com dificuldade em desempenhar a sua atividade profissional, devido ao stress por ela causado.

Os profissionais desta unidade estão sujeitos a turnos rotativos (trabalham à noite e ao fim de semana). Os enfermeiros possuem um horário de 35 horas semanais e os auxiliares de ação médica de 40 horas semanais.

Assim, será formado um grupo de 10 cuidadores formais de pessoas com PNC com sentimentos de sobrecarga, submetidos a uma avaliação inicial e final e um questionário de satisfação.

3.4.2 Instrumentos para aferir a qualidade do programa e a satisfação dos participantes

Para a avaliação antes e após o programa de relaxação será aplicado um esquema de tensões que pode ser consultado no **anexo E** e o Inventário de Maslach (pode ser consultado no **anexo F**, que é a tradução e adaptação portuguesa do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach e Jackson, 1986 realizado por Melo, Gomes e Cruz, 1999.

Melo et al. (1999), refere que o MBI é um instrumento de autoavaliação e autoregisto, constituído por 22 questões sobre sentimentos provocados pelo trabalho. Este inventário está dividido em 3 escalas: (a) exaustão emocional (9 itens); (b) Despersonalização (5 itens); (c) Realização Pessoal (8 itens). Este inventário é avaliado numa escala tipo *likert*, com sete níveis consoante sentimentos provocados pelo trabalho, que vai de 0 (nunca) a 6 (todos os dias) (Melo et al., 1999).

No final de cada sessão será dado um questionário de satisfação (anexo G) a cada participante, para se perceber se a sessão foi satisfatória e se conseguiu aplicar os conhecimentos adquiridos nas sessões nessa semana. Este é avaliado segundo uma escala de *likert* em que a pontuação máxima é 5 para (concordo totalmente) e a mínima 1 (discordo totalmente).

3.4.3 Sessões do PRO_CF

O programa de relaxação terá a duração 3 meses com sessões semanais de 45 minutos. É um programa de curta duração, uma vez que, é pretendido que os cuidadores aprendam estratégias e as utilizem no seu dia a dia. Este programa terá duas componentes de avaliação, uma avaliação inicial e reavaliação ao final da intervenção e questionários de satisfação ao longo de todas as sessões. O programa de relaxação irá basear-se em dois métodos, que como se viu são adequados à redução do stress relacionado com o trabalho, sendo eles o método de relaxação progressiva de Edmund Jacobson e o método de Eutonia de Gerda Alexander.

Relativamente ao método de relaxação progressiva, este é um método que pode ser aplicado, na prevenção de stress, e baseia-se na redução voluntária e contínua da contração muscular (Martins, 2015). Neste método é incentivado que os indivíduos se apercebam como contraem cada grupo muscular para, de seguida observarem a sua descontração. É um método que preconiza uma contração e descontração dos grupos musculares de maior dimensão para os grupos musculares de menor dimensão, ou seja, começa-se pelos grupos musculares onde a sensação é mais perceptível (Martins, 2015).

Analogamente o método de Eutonia, é um método de relaxação que promove uma abordagem corporal e coloca o indivíduo à procura da sua própria individualidade (Brieghel-Müller e Winkler, 1999). O termo Eutonia significa estado tónico ótimo, sendo que o termo tónus deve ser entendido como estado de tensão mínima presente em todos os organismos vivos, é a função tónica que sustenta a postura (Brieghel-Müller e Winkler, 1999).

Este método é extenso tendo sido escolhido para este projeto apenas as sensações corporais, as quatro séries dos movimentos ativo-passivos e os movimentos a dois. Estes exercícios foram escolhidos como sendo uma continuação e uma progressão do método anterior. Neste seguimento, nas “sensações corporais” é promovida a escuta do próprio corpo depois de se eliminar as sensações externas. Nos “movimentos ativo-passivos” deve-se elevar e deixar cair os segmentos corporais solicitados verbalmente. Por fim, nos “movimentos a dois” são executados movimentos passivos um ao outro, havendo apenas como regra que quem está a controlar os movimentos, deve realizá-los de forma tranquila, sem provocar medo e fazer pausas frequentes para que o outro reflita nos seus segmentos corporais (Brieghel-Müller, e de Cavalho, 1998). A estrutura do programa será apresentada na tabela 19.

Tabela 19 – Planeamento das sessões de Relaxação

Sessões	Conteúdos
1. ^a sessão	Explicação do desenvolvimento do programa Conteúdos teóricos relativos ao stress - “Do stress ao Burnout – sinais e sintomas” Preenchimento do MBI e Esquema de tensões
2. ^a sessão	Explicação do método de Jacobson Relaxação Progressiva de Jacobson - Relaxação do Membro Superior
3. ^a sessão	Relaxação Progressiva de Jacobson - Relaxação do Membro Inferior
4. ^a sessão	Relaxação Progressiva de Jacobson - Relaxação dos Músculos do Tronco
5. ^a sessão	Relaxação Progressiva de Jacobson - Relaxação da Cabeça
6. ^a sessão	Relaxação Progressiva de Jacobson - Estados da mente
7. ^a sessão	Explicação do “Método de Eutonia” de Gerda Alexander * Trabalhar as “Sensações corporais”
8. ^a sessão	“Método de Eutonia” 1. ^a série de movimentos ativo passivos (pulso, joelho, membros)
9. ^a sessão	“Método de Eutonia” 2. ^a série de movimento ativo passivos (joelho, pulso e combinação de ambos)
10. ^a sessão	“Método de Eutonia” 3. ^a série e 4. ^a série de movimento ativo passivos (cabeça, vértebras)
11. ^a sessão	“Método de Eutonia” Exercícios a dois
12. ^a sessão	“Método de Eutonia” Exercícios a dois
13. ^a sessão	Avaliação do programa Preenchimento da MBI e Esquema de tensões Comentários acerca do programa

3.4.4 Recursos para programa

Para implementar este programa não são necessários muitos recursos, estando programado apenas como recursos materiais 10 Colchões, 10 Mantas, 10 canetas, 20 inventários MBI, 20 esquema de tensões, 120 Questionários de satisfação, a sala terapêutica da unidade e como recursos humanos um Psicomotricista.

3.5 Reflexão pessoal sobre a construção do projeto

A ideia deste projeto surgiu durante a realização do estágio na instituição, devido ao facto de os profissionais que cuidam de pessoas com PNC, manifestarem cansaço, fadiga, falta de vontade de desempenhar as suas funções e considerarem que existem dias muito exigentes onde não conseguem ter uma pausa, nem gerir todos os encargos inerentes ao

cuidado desta população. Isto acontece, porque a maioria dos utentes apresenta dependência em alguma ABVD e outros em todas. Posto isto, estes profissionais quando percebiam que os utentes se deslocavam para sessões de relaxação, manifestavam a sua necessidade em usufruir das mesmas.

Ao longo do estágio verificou-se que a instituição não possui resposta de apoio aos seus profissionais responsáveis pelo cuidado de população com PNC, sobrecarregando-os. Além disso esteve, igualmente, presente um estudo realizado por Yung et al. (2004) com 54 enfermeiros onde se aplicaram técnicas de relaxação, e concluíram que estes programas contribuíam para a diminuição dos níveis de ansiedade e aumento da saúde mental. Juntando estes dois fatores às manifestações dos profissionais, começou-se a delinear o projeto. Segundo Borges e Ferreira (2013), o investimento em programas de intervenção na gestão do *stress* ocupacional é um dos grandes desafios no contexto laboral português.

Os profissionais que cuidam de pessoas institucionalizadas, convivem muito tempo com os utentes, lidando, por vezes, com heteroagressividade, gritos imotivados, prestação de cuidados de higiene, alimentação, medicação que eles recusam, tendo de estar permanentemente atentos a comportamentos desviantes e necessidades dos utentes.

Com este projeto pretende-se assim, diminuir as sensações de stress ocupacional presentes nos auxiliares de ação médica e nos enfermeiros que cuidam desta população, e melhorar a produtividade que, segundo Amorim (2002) se encontra afetada. Similarmente pretende-se promover o relaxamento corporal de cada profissional, dado que são estes trabalham por turnos rotativos, incluindo fins de semana, ou seja, além das características da população cuidada é retirado o tempo de convívio com a família.

É um projeto para cuidar e fornecer ferramentas a quem cuida formalmente, de modo a que, consigam transpor conteúdo das sessões para o seu no dia a dia. Indo de acordo com Martins (2015), este refere que, com a aplicação do método de Jacobson é esperado que os indivíduos sejam capazes de reduzir a sua irritabilidade. Desta forma espera-se que os indivíduos aumentem a capacidade para resolver os problemas inesperados, que geram stress, de forma calma e eficiente. Borges e Ferreira (2013) também postularam benefícios dos exercícios de relaxação e de imaginação guiada.

É necessário que o profissional conheça o seu corpo e técnicas que lhes permitam cuidar melhor, sem se anularem enquanto pessoa. Assim, segundo Martins (2015), estes profissionais podem descobrir capacidades corporais e relacionais que desconhecem a seu respeito.

Conclusão

Após a realização do estágio torna-se importante refletir sobre o mesmo, bem como sobre todas as atividades que o constituíram, proporcionando assim uma autocrítica, autorreflexão e um crescimento pessoal.

Terminar o Mestrado de Reabilitação Psicomotora foi um dos objetivos delineados a partir do momento de entrada na universidade. Desde o início da jornada académica que a população idosa foi aquela que maior interesse despertou, mas com a qual ainda não tinha sido possível contactar, até à data do estágio.

Conclui-se que, segundo Pereira (2004), devido a todo o processo de envelhecimento demográfico, os idosos tornam-se uma parte importante da população que deve ser tida em consideração no âmbito da intervenção psicomotora. Posto isto, e após o estágio, percebeu-se que para trabalhar com este tipo de população é necessário, antes de mais, entender todo o processo do envelhecimento, isto é, as suas características e implicações. Nesta etapa de acordo com Pais et al. (2008), está em voga, cada vez mais, a preocupação em relação à perda das competências mnésicas. Sabe-se que, existem doenças que se agravam com envelhecimento e perturbações a ele inerentes. Nesta linha de pensamento, deve olhar-se de forma cuidadosa para todas as modificações específicas de cada área no processo de retrogénese, devendo-se encarar o idoso de uma forma holística, com as suas particularidades e não assumir que todos envelhecerão da mesma forma, com as mesmas patologias e as mesmas manifestações. Por esta razão, cada indivíduo, de acordo com a sua história de vida e meio envolvente, poderá ter problemáticas diferentes e encará-las de forma diferente para a sua funcionalidade e qualidade de vida, por exemplo, a capacidade de marcha pode ser importante para um e não fazer diferença na autoestima e noção de qualidade de vida de outro.

No que diz respeito, especificamente, ao estágio, este iniciou-se com os primeiros contactos realizados com as várias equipas, de modo a perceber a sua hierarquia e funções. Isto permitiu tomar conhecimento a quem era necessário dirigir no caso de surgir alguma dúvida e, ainda perceber a realidade de cada utente (rotinas, terapias, entre outros). Reconhece-se que a integração numa equipa multidisciplinar alargada e a presença de reuniões semanais teve um papel fundamental para o meu crescimento pessoal e profissional. Com esta dinâmica, houve tempo e espaço para aprender a ser rigorosa na observação, na utilização de linguagem científica, na verificação e aceitação de que podem existir diversas opiniões acerca do mesmo utente, não sendo este um problema, mas sim algo construtivo. Constatou-se, igualmente, que a postura assumida ao longo do ano foi de recetividade e disponibilidade, revelando-se isso útil na equipa, tanto

na procura de soluções para os utentes como para a complementaridade das observações e avaliações dos outros profissionais, revelantes para a intervenção de todos.

Intervir com pessoas acometidas com PNC revelou-se um desafio a vários níveis. Como primeiro desafio destaca-se o facto de o meu rosto nem sempre ser familiar aos olhos dos utentes, significando isto que, para alguns deles, poderia ser uma pessoa nova que conhecia todas as semanas. Assim, foi necessário cativar cada um para a participação e realização das sessões, todas as semanas não bastando assumir-me como um ponto de referência. Em segundo lugar, considera-se que outro dos desafios se prende com o facto de esta ser uma população que, na maioria das vezes, não ter “filtros” nas suas reações, isto é, sem noção do certo e errado e apresentando espontaneidade. Por último, esta é uma população em que o estado de espírito e a forma como se encontra (triste/angustada) influencia o desempenho nas sessões, no entanto a autorreflexão dos utentes já se encontra afetada, não conseguindo referir os motivos que os entristecem para que os ajudasse a resolver.

Relativamente ao contacto com os utentes, este não foi sempre fácil, dado que nem sempre se mostraram totalmente recetivos à minha presença, à sugestão de atividades, ao toque e ao meu tom de voz. Isto está em concordância com a ideia de Riley et al., (2009) que refere que a PNC é um problema crescente que afeta a comunicação, a capacidade de aprender novas habilidades e acarreta problemas de comportamento, como agressão, agitação e depressão. No entanto, estes não foram motivos de desistência, mas sim motivos que estimularam à investigação dos comportamentos característicos, do querer saber mais acerca das suas histórias de vida e perceber perante os outros profissionais como se comportam nas suas terapias ou em momentos informais. Foi um estágio desafiante e enriquecedor a este nível. No meu entender, uma das minhas características pessoais, auxiliar as explicações orais com gestos, ajudou a lidar com alguns défices resultantes do envelhecimento e da PNC.

Este estágio possibilitou a observação e intervenção em diversos contextos (ginásio, tanque terapêutico, sala terapêutica e snozleen), enriquecendo ainda mais os conhecimentos práticos. Embora estivesse presente o gosto de alguns utentes pela intervenção no contexto exterior, tal não foi possível devido ao Inverno prolongado e características de alguns utentes, terminando-se o estágio sem a hipótese de explorar o espaço exterior com os utentes. Apesar disso, o estágio permitiu a participação dos utentes em diversas atividades, o que segundo (Riley et al., 2009) pode melhorar a qualidade de vida das pessoas com PNC, reduzindo problemas comportamentais e ajudando a relaxar (Riley et al., 2009).

Nos primeiros momentos de prática profissional, assumo que não sentia com confiança para realizar um bom trabalho autonomamente, pelo que senti a necessidade de ter mais tempo de observação. Contudo, a prática desde do momento de entrada, aumentou o meu nível de confiança na intervenção, uma vez que, foi possível errar e aprender com os erros, percebendo que seria capaz de resolver um maior número de situações do que esperava. Em qualquer momento do estágio, houve sempre espaço para o esclarecimento de dúvidas quer por parte da orientadora, quer por parte da equipa técnica. As dúvidas expostas nunca foram sentidas como inoportunas, o que facilitou o processo de aprendizagem.

Além de profissionais e contextos diferentes, o estágio permitiu trabalhar com diversos utentes ao mesmo tempo e daí se ter realizado um estudo de caso individual e um estudo de caso de grupo. Este último revelou-se o mais desafiante a todos os níveis (e.g. avaliação, intervenção) consequência da volatilidade do grupo. Ao mesmo tempo, foi o mais exigente em termos de atenção necessária, tornando-se indispensável adequar os feedbacks individuais ao grupo, estar sempre em busca de atividades diferentes que os cativassem e introduzir cada utente novo de uma forma calma e acolhedora, para que todos se aceitassem e beneficiassem deste tipo de intervenção. Esta requereu ainda momentos de improviso e cuidado redobrado com o material, de modo a evitar acidentes. Foi necessário desafiar os utentes que já se encontravam num nível superior e estimulá-los a interagirem, dado que a socialização, que parece um elemento óbvio e fundamental à sobrevivência, torna-se difícil nesta população. Nestes utentes, o facto de partilharem o mesmo espaço, nem sempre significa que haja interação. Assim, como supracitado, destaca-se uma das vantagens da intervenção psicomotora, que é oferecer a possibilidade de trabalho em grupo, promovendo as relações interpessoais e o reconhecimento do outro (Morais, 2007). Neste âmbito a intervenção em grupo, beneficiou os utentes e proporcionou-me uma multiplicidade de experiências e sentimentos que são quase indiscritíveis.

Com este estágio foi possível aprender a lidar com a frustração, quando os utentes após chegarem a determinado nível, não evoluíam. Mas, ao mesmo tempo, perceber que esses utentes se encontravam estáveis e sem regressão. Não criar grandes objetivos de intervenção, centrar no que era essencial para promover a máxima funcionalidade e qualidade de vida a cada utente e começar a valorizar cada uma das pequenas conquistas de cada um. Além disto, ainda era necessário lidar com as escolhas das famílias, ao quererem alta antes do processo terapêutico estar terminado, e ao mesmo tempo com as questões da perda. Por mais que seja um ciclo de vida e que se espere a morte no final do

ciclo, não estava preparada, afeiçoando-me facilmente aos utentes, considero que os trabalhadores da instituição beneficiavam de um espaço/tempo onde pudessem partilhar estas questões e serem ajudados. Como ponto menos positivo neste estágio destaca-se a dificuldade em aceder às famílias, ou por não serem colaboradores, ou por virem apenas aos fins de semana ou ainda, por não visitarem os familiares. Destaca-se ainda que, apesar de existirem reuniões de apoio aos cuidadores informais, nem todos admitiam que necessitavam de ajuda, transmitindo informações ou não lidando com os utentes da melhor forma e como já se viu não é algo positivo para a sua recuperação.

Por fim, para além de ser possível neste estágio o trabalho com outros profissionais, foi igualmente, possível observar as suas necessidades e criar um projeto (um programa de relaxação para cuidadores formais), que fosse ao encontro delas. Pois, são os cuidadores formais que contribuem de forma significativa para a saúde das pessoas cuidadas (Santos e Cardoso, 2010; Areosa et al., 2014). Segundo Mariné et al. (2015), os métodos de relaxação reduzem os níveis de stress mais do que qualquer outra intervenção.

Em suma, o estágio na Casa de Saúde da Idanha oferece aos estagiários uma panóplia de oportunidades, em termos de contextos de intervenção, contacto com diversos profissionais, com diversos utentes, num contexto hospitalar, mas religioso, cuidando-se da parte física, psíquica e espiritual dos utentes. É uma instituição que permite que os estagiários possuam esta variedade de contactos, mas também que adquiram uma grande autonomia na sua intervenção, aprendendo a observar as atividades que funcionam, adaptando-as caso não resultem, e controlar diversos comportamentos e necessidades que surjam durante as sessões. Este conjunto de características é vantajoso, principalmente para alunos com vontade de intervir na área da saúde mental em adultos e idosos.

If you can dream it, you can do it"
Walt Disney

"Nunca digas adeus, porque se disseses adeus, significa que esqueceste"
Peter Pan

Referências Bibliográficas

- Agostinho, P. (2004). "Perspectiva psicossomática do envelhecimento." *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 31-36.
- Albaret J., Aubert, E. e Sallagořty, I., (2001). Evaluation psychomotrice du sujet âgé. In Eric Aubert & Jean-Michel Albert (Eds). *Viellissement et psychomotricité collection Psychomotricité*. Marseille : Solieur editeur.
- Allegri, R., Harris, P., Serrano, C. e Delavald, N. (2001). Perfis Diferenciais de Perda de Memória entre a Demência Frontotemporal e a do Tipo Alzheimer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(2), 317-324. doi: [10.1590/S0102-79722001000200007](https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000200007)
- Alparslan, G. B., e Akdemir, N. (2010). Effects of walking and relaxation exercises on controlling hypertension. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*, 16(1), 9-15.
- American Psychiatry Association [APA] (2014). DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (5ª edição). Lisboa: Clempsi Editores.
- Amorim, C. (2002) Síndrome de Burnout em fisioterapeutas e acadêmicos de fisioterapia. Um estudo preliminar. In A. Pereira (Ed). *Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. (pp.93-104). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Araújo, Á. e Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. e Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista portuguesa de saúde pública*, 25(2), 59-66.
- Areosa, S., Henz, L., Lawisch, D. e Areosa, R., (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 482-494.
- Awa, W., Plaumann, M. e Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient education and counseling*, 78(2), 184-190. doi: [10.1016/j.pec.2009.04.008](https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008)
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. e Sousa, L. (2011) Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129.
- Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden—A critical discussion. *International journal of nursing studies*, 50(3), 431-441. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005)
- Beck, B., Hansen, Å. e Gold, C., (2015). Coping with Work-Related Stress through Guided Imagery and Music (GIM): Randomized Controlled Trial. *Journal of music therapy*. 52(3), 323-52. doi: [10.1093/jmt/thv011](https://doi.org/10.1093/jmt/thv011)

- Berr, C., Wancata, J. e Ritchie, K. (2005). Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *European neuropsychopharmacology*, 15(4), 463-471. doi:[10.1016/j.euroneuro.2005.04.003](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.003)
- Borges, E. e Ferreira, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10, 37-42.
- Borges, E. e Rodrigues-Ferreira, T. (2011). stress laboral - programa de intervenção em enfermagem. In UNISEP- Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida (Ed.), *Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir*. (pp. 21–25) Porto: Escola Superior de Enfermagem no Porto. Consultado a 6 de setembro de 2016
- Borges, S., Aprahamian, I., Radanovic, M. e Forlenza, O. (2010). Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. *Revista Psiquiátrica Clínica*. 37(3), 131-137. doi: [10.1590/S0101-60832010000300007](https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000300007).
- Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez, A., Avila, R., Zukauskas, P., Bustamante, S., ... e Camargo, C. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos Neuropsiquiatria*. 60(1), 70-9.
- Brieghel-Müller, G. e de Cavalho, C. (1998). *Eutonia e relaxamento*. São Paulo. Summus Editorial.
- Brieghel-Müller, G. e Winkler, A. (1999). *Pedagogia e terapia em eutonia*. São Paulo. Summus Editorial.
- Brodaty, H., Draper B. e Low L. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 583–590
- Brown, G. e Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. (reimpressão de 2012). Abigton: Routledge.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P. e Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento Em Portugal*. Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Caldas, C. (2002). O idoso em processo de demência: o impacto na família. In M. Minayo & C. Coimbra Jr. (Ed.) *Antropologia, saúde e envelhecimento*, (pp. 51-72). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Camarano, A. e Kanso, S. (2010). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista brasileira de estudos de população*, 27(1), 232-235. doi: [10.1590/S0102-30982010000100014](https://doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014)
- Cancela, D. (2008). O acidente vascular cerebral–classificação, principais consequências e reabilitação. *O portal do Psicólogo, Portugal*. 2-18. Retirado a 20 de janeiro de 2016 de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>.

- Cancela, D. (2007). *O Processo de Envelhecimento. O portal do Psicólogo, Portugal*. 1-15. Retirado a 10 de dezembro de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.
- Cardoso, L., Vieira, M., Ricci, M. e Mazza, R. (2012). Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 513-517. doi: [10.1590/S0080-62342012000200033](https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200033)
- Carvalho, J. (2014). Pode o exercício físico ser um bom medicamento para o envelhecimento saudável?. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 3(2), 125-133.
- Cintra, M., Mendonça, A., Rossi e Silva, R. e Abate, D. (2014). Influência da Fisioterapia na Síndrome do Imobilismo. *Colloquium Vitae*. 5(1), 68-76. doi:[10.5747/cv.2013.v005.n1](https://doi.org/10.5747/cv.2013.v005.n1)
- Conceição, I., Santos, H, Silva, H., Melo, K., Garcia, P., Pinho, J., ... e Ferreira, E. (2014). *Enfermagem gerontológica e suas intervenções nas grandes síndromes geriátricas*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão.
- Cordeiro, M. P. (2008). Ambiente institucional de um lar de idosos. *Revista de Psicologia*, 1(1), 379-383.
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e Qualificação da Resposta Social ‘Lar de Idosos’ em Portugal. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, 9(17), 65-74.
- Davison, T., McCabe, M., Visser, S., Hudgson, C. e George, K. (2007). Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 868-873. doi: [10.1002/gps.1754](https://doi.org/10.1002/gps.1754)
- Debring, C., McCarty, E. e Lombardo, N. (2002). Professional caregivers for patients with dementia: predictors of job and career commitment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17(6), 357-366. doi: [10.1177/153331750201700604](https://doi.org/10.1177/153331750201700604)
- Dias, A., Limongi, J., Barbosa, E. e Hsing, W. (2016). Telerreabilitação vocal na doença de Parkinson. *CoDAS*, 28(2), 176-181. doi:[10.1590/2317-1782/20162015161](https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015161)
- Fechine, B. e Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace – Revista Científica Internacional*, 1(20), 132-194. doi: [10.6020/1679-9844/2007](https://doi.org/10.6020/1679-9844/2007).
- Felton, J. (1998). Burnout as a clinical entity— Its importance in health care workers. *Occupational medicine*, 48(4), 237-250. doi: [10.1093/occmed/48.4.237](https://doi.org/10.1093/occmed/48.4.237)
- Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A. e Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*.
- Fonseca, J. (2007). O papel da relaxação no percurso psicoterapêutico. *Psicomotricidade*, 9, 35-40.

- Fonseca, V. (2001). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da retrogénese psicomotora. In V. da Fonseca e R. Martins (Ed) *Progressos em Psicomotricidade*. (177-219). Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora: Significação psiconeurológica dos factores psicomotores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Gaudet P. (2002) Measuring the impact of Parkinson's disease: an occupational therapy perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 104–113. doi: 10.1177/000841740206900206.
- Gonçalves-Pereira, M. e Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 29(1), 3-10.
- Guidetti, A. e dos Santos Pereira, A. (2015). A importância da comunicação na socialização dos idosos. *Revista de Educação*, 11(11), 119-136.
- He, Y., Li, Y., Chen, Y., Feng, L. e Nie, Z. (2014). Homocysteine level and risk of different stroke types: A meta-analysis of prospective observational studies. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 24(11), 1158-1165. doi: [10.1016/j.numecd.2014.05.011](https://doi.org/10.1016/j.numecd.2014.05.011)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2014). Projeções de população residente 2012-2060. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retirado em 7/2/ 2016. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2016). Estimativas de População Residente em Portugal em 2015. [folheto]. Obtido a 7 de outubro de 2016 https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=249948678&DESTAQUESmodo=2
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Casa de Saúde da Idanha [IHSCJ/CSI], (2015a). Acedido a 18 de dezembro de 2015 em <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/>
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Casa de Saúde da Idanha [IHSCJ/CSI] (2015b). *Quem somos*. Acedido a 18 de dezembro de 2015 em <http://www.irmashospitaleiras.pt/quem-somos-instituto/missao-visao-valores-instituto>
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Casa de Saúde da Idanha [IHSCJ/CSI] (2015c). *Projetos de intervenção*. Acedido a 18 de dezembro de 2015 em <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/projectos-de-intervencao>
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Casa de Saúde da Idanha [IHSCJ/CSI] (2013a). *Organograma dos Centros Assistenciais*. Acedido a 18 de dezembro de 2015 em <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/publicacoes/76-organograma>

- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Casa de Saúde da Idanha [IHSCJ/CSI] (2013b). *Plano de Gestão*. Acedido a 18 de dezembro de 2015 em <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/publicacoes/59-plano-de-gestao-2013>
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus [IHSCJ] (2010). Carta de Identidade da Instituição – Identidade e Missão. Síntese do documento original fornecido na Casa de Saúde da Idanha em dezembro de 2015.
- Irving, J., Dobkin, P. e Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary therapies in clinical practice*, 15(2), 61-66. doi:[10.1016/j.ctcp.2009.01.002](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.01.002)
- Jennings, B. (2008). Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions. In R. Hughes (Ed.). *Patient Safety and Quality: An evidence-based handbook for nurses*. (pp.137-158). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Jesus, I., da Silva Sena, E., Meira, E., Gonçalves, L. e Alvarez, A., (2010). Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 285-292. doi:[10.1590/S1983-14472010000200012](https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200012)
- Junior, J., Gomes, G., da Silva, R., Gabriel, A. e de Medeiros, A. (2014). Déficits cognitivos e Demência em idosos institucionalizados. *Neurobiologia*, 77, 1-2.
- Lang, F. (2001). Regulation of social relationship in later adulthood. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 56 (6), 321-326. doi:[10.1093/geronb/56.6.P321](https://doi.org/10.1093/geronb/56.6.P321)
- Levy, D. (2000) *Psicomotricidade e gerontomotricidade na saúde publica*. C. Ferreira (Ed.) *Psicomotricidade: Da educação infantil à gerontologia*. São Paulo: Lovise.
- Liden, M., Collete, F. e Julleerat, A. (2001) Une approche cognitive de la démence : implications pour l'évaluation et la prise en charge des patients déments. IN E. Aubert & J. Albert (Eds). *Viellissement et psychomotricité collection Psychomotricité*. Marsseille. Solieur editeur
- Lisboa, C. e Chianca, T. (2012). Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Revista Brasileira Enfermagem*, 65(3), 482-7.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... e Riedel-Heller, S. (2012). Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 136(3), 212-221. doi:[10.1016/j.jad.2010.11.033](https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033)

- Madera, M. (2005). A relação Interpessoal na Psicomotricidade em pessoas com Demência. *A Psicomotricidade*, 6, 47– 55.
- Marangoni, A., Santos, R., Suriano, I., Ortiz, K. e Gil, D. (2013). Avaliação eletrofisiológica da audição em indivíduos após traumatismo cranioencefálico. *Revista CEFAC*, 15(1), 58-68.
- Maricuțoiu, L., Sava, F. e Butta, O. (2016). The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89(1), 1-27. doi: 10.1111/joop.12099.
- Mariné, A., Ruotsalainen, J., Serra, C. e Verbeek, J., (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. (*The Cochrane Library*) *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). DOI: 10.1002/14651858.CD002892.pub5.
- Martins, R. (2001). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental, O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca e R. Martins (Ed.). *Progressos em Psicomotricidade*, (pp.95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2015). Licenciatura em Reabilitação Psicomotora - Fundamentos da Relaxação Psicossomática. Manual de apoio às aulas teórico práticas. [Documento não publicado]. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(1), 85-95.
- Melo, B., Gomes, A. e Cruz, J. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do “burnout” para os profissionais de Psicologia. Congresso Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, (pp. 598 – 603). Braga: Lusografe
- Melo, F. e Barreiros, J. (2002). A terceira idade, uma população de peso a nível social. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física*, 23, 23-33.
- Meythaler, J., Peduzzi, J., Eleftheriou, E. e Novack, T. (2001). Current concepts: Diffuse axonal injury - associated traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(10), 1461–1471. doi:10.1053/apmr.2001.25137
- Miyamoto, Y., Tachimori, H. e Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*, 31(4), 246-253. doi:10.1016/j.gerinurse.2010.01.002
- Mok, V., Lam, B., Wang, Z., Liu, W., Au, L., Leung, E., ... e Chan, A. (2016). Delayed-onset dementia after stroke or transient ischemic attack. *Alzheimer's & Dementia*, 12(11), 1167-1176. doi: 10.1016/j.jalz.2016.05.007
- Moraes, E., Marino, R. e Santos, R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), 54–6.

- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. *A psicomotricidade*, 10, 25 – 33.
- Morais, A., Fiuza, R., Santos, S. e Lebre, P. (2012). Tradução e adaptação do Exame-Gerontopsicomotor. Manual de aplicação provisório.
- Moreno, R., Moreno, D. e Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(1), 39-48.
- Neto, M. e Corte-Real, J. (2013). A pessoa idosa institucionalizada: depressão e suporte social. SPGG. Retirado a 10 de dezembro de 2015. <http://www.spgg.com.pt/UserFiles/File/A%20pessoa%20idosa%20institucionalizada.pdf>
- Nivoli, A., Colom, F., Murru, A., Pacchiarotti, I., Castro-Loli, P., González-Pinto, A., Fountoulakis, K. e Vieta, E. (2011). New treatment guidelines for acute bipolar depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 129(1), 14-26.
- Noblet, A. e LaMontagne, A. (2006). The role of workplace health promotion in addressing job stress. *Health promotion international*, 21(4), 346-353. doi: 10.1093/heapro/dal029
- Olave-Sepúlveda, C. e Ubilla-Bustamante P. (2011) Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión. *Psicogeriatría*. 3(4), 173-6.
- Oliveira, E., Lavrador, P., Santos, M. e Antunes, L. (2012). Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada. *Acta Médica Portuguesa*. 25(3), 179–192.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: Autor. Consultado a 11 de junho de 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1
- Ovando, L. e Couto, T. (2010). Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *Mundo Saúde*, 34(2), 176-182.
- Pais, J. (2008a). As dificuldades de memória do idoso. In B. Nunes (Eds). *Memória – Funcionamento, Perturbações e Treino*. (pp.153 – 170). Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.
- Pais, J., (2008b). Intervenção cognitiva na demência. In. Belina Nunes (Eds). *Memória – Funcionamento, Perturbações e Treino*. (pp.309-321). Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.
- Pais, J., Cruz, V. e Nunes, B. (2008). Estratégias para melhorar o funcionamento da memória. In. Belina Nunes (Ed). *Memória – Funcionamento, Perturbações e Treino*. (pp. 319-330). Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.

- Paiva, M. e Villarouco, V. (2012). Accessibility in collective housing for the elderly: a case study in Portugal. *IOS Press, work 41*, 4174-4179. doi: 10.3233/WOR-2012-0716-4174
- Paradela, E. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10(2), 31-40.
- Peixinho, A., Azevedo, A. e Simões, R. (2006). Alterações neuropsiquiátricas da doença de Parkinson. *Psilogos*, 3(2), 12-30.
- Pereira B. (2004), Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 88-93.
- Pereira, A. (2002a). Burnout, Por Quê? A. Pereira (Ed.). *Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. (pp. 13 – 21). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pereira, A. (2002b) Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. A. Pereira (Ed). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. (pp 21- 92). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pontes, C. (2012). Aspectos éticos na doença de Alzheimer. IN A. Castro-Caldas e A. De Mendonça (eds.). *A doença de alzheimer e outras demências em Portugal*. (pp. 203 – 212). Lisboa: LIDEL – edições técnicas, lda.
- PORDATA (2016). *Retrato de Portugal PORDATA*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos. Obtido a 7 de outubro de 2016.
- Providência, R., Gonçalves, L. e Ferreira, M. (2013). Mortalidade cerebrovascular em Portugal: estaremos a colocar demasiada ênfase na hipertensão e a negligenciar a fibrilhação auricular? *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition)*, 32(11), 905-913. doi:[10.1016/j.repc.2013.04.010](https://doi.org/10.1016/j.repc.2013.04.010)
- Quinhones, M. e Gomes, M. (2011). Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. *Revista Brasileira Neurologia*, 47(1), 31-42.
- Rabelo, M., Lopes, M., Corona, A. e Araujo, R. (2015). Alterações auditivas em indivíduos com doença de Parkinson. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 13(3), 319-324. doi:[10.9771/2236-5222cmbio.v13i3.12938](https://doi.org/10.9771/2236-5222cmbio.v13i3.12938)
- Regulamento de Estágio Unidade Curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais [RECP] (2015). Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa. Documento não publicado.
- Relvas, M. (2007). O cérebro - o instrumento da evolução, a neurobiologia e a psicomotricidade. In F., Alves. *Como aplicar a Psicomotricidade - uma atividade multidisciplinar com Amor e União*. 2ª edição. (pp 61-78). Rio de Janeiro: Wak editora..
- Ribeiro, E., Dantas, C., Medeiros, A., Arruda, A. e Carvalho, M., (2004). Bases genéticas da doença de Parkinson. *Revista Brasileira de Medicina*, 1(1), 388 -398

- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: a review. *Clinical psychology review*, 31(7), 1117-1125. doi: [10.1016 / j.cpr.2011.07.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004)
- Riley, P., Alm, N. e Newell, A. (2009). An interactive tool to promote musical creativity in people with dementia. *Computers in Human Behavior*. 25(3), 599-608. doi: [10.1016/j.chb.2008.08.014](https://doi.org/10.1016/j.chb.2008.08.014)
- Rissardo, L., Furlan, M., Grandizolli, G., Marcon, S. e Carreira, L. (2012). Sentimentos de residir em uma instituição de longa permanência: percepção de idosos asilados. *Revista enfermagem: UERJ*, 20(3), 380-385.
- Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 172-180. doi: [10.1046/j.1365-2648.2000.01247.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01247.x)
- Rodríguez, E. (2003). Intervención psicomotriz com pacientes com dementia: una propuesta reabilitadora. *Revista iberoamericana de psicomotricidad e técnicas corporales*, 11, 13-27.
- Rodriguez, F. e Paíno, S. (1994). Violencia y desviacion social: bases y analisis para la intervención. *Psycothema*, 6(2), 229-244.
- Roesler, E., Sousa, A., Ferreira, L. e Peixoto, H. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1387-1393.
- Rosa, M. (2016). O envelhecimento da sociedade portuguesa. Lisboa. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*.
- Rowe, J. e Kahn, R. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4), 433-440. doi: [10.1093/geront/37.4.433](https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433)
- Sant, C., Oliveira, S., Rosa, E., Sandri, J., Durante, M. e Posser, S. (2008). Abordagem fisioterapêutica na doença de Parkinson. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5(1), 80-89.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. e Carvalho, Á. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Medica Portuguesa*, 28(2), 182-188.
- Santos, A. e Cardoso, C. (2010). Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. *Psicologia em estudo*, 15(2), 245-253.
- Saposnik, G., Kapral, M., Liu, Y., Hall, R., O'Donnell, M., Raptis, S., ... e Austin, P. C. (2011). IScore A Risk Score to Predict Death Early After Hospitalization for an Acute Ischemic Stroke. *Circulation*, 123(7), 739-749. doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.110.983353](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.983353)

- Scalzo, P., Souza, E., Moreira, A. e Vieira, D. (2010). Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociencias*, 18(2), 139-44.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., Devroey, D., Casteren, V. e DeLepeleire, J., (2009). The process of definitive institutionalization of community dwelling demented vs non demented elderly: data obtained from a network of sentinel general practitioners. *International journal of geriatric psychiatry*, 24 (5), 523-31. doi:[10.1002/gps.2147](https://doi.org/10.1002/gps.2147)
- Schulz, R., Belle, S., Czaja, S., McGinnis, K., Stevens, A. e Zhang, S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *The Journal of American Medical Association*, 292(8), 961-967. doi:[10.1001/jama.292.8.961](https://doi.org/10.1001/jama.292.8.961)
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: LIDEL – edições técnicas.
- Silva, F. (2004). Acidente vascular cerebral isquêmico-Prevenção: Aspectos actuais - É preciso agir. *Medicina interna*, 11(2), 104-11.
- Silver J, Mcallister T. e Arciniegas D. (2009). Depression and cognitive complaints following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 166(6), 653-661. doi:[10.1176/appi.ajp.2009.08111676](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08111676)
- Sobral, M. e Paúl, C. (2015). Reserva Cognitiva, envelhecimento e demências. *Revista E-Psi*, 5(1), 113–134.
- Souza, C., Almeida, H., Sousa, J., Costa, P., Silveira, Y. e Bezerra, J. (2011). A doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: uma revisão de literatura. *Revista Neurociencias*, 19(4), 718-23.
- Souza, E., Minayo, M., Ximenes, L. e Deslandes, S. (2002). O Idoso sob o Olhar do Outro. In M. Minayo e C. Coimbra (Eds.) *Antropologia, saúde e envelhecimento*. (pp. 192-209), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. e Costa, J. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, 8(3), 91-98.
- Talarico, T., Venegas, M. e Ortiz, K. (2011). Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. *Revista Cefac*, 13(2), 330-9. doi:[10.1590/S1516-18462010005000097](https://doi.org/10.1590/S1516-18462010005000097)
- Teive H. (2005) Etiopatogenia da Doença de Parkinson. *Revista de Neurociencias*, 13(4), 201-214.
- Tomasini S. e Alves S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Revista Brasileira Ciência Envelhecimento Humano*, 4(1), 88-102

- Toot, S., Devine, M., Akporobaro, A. e Orrell, M. (2013). *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 463-470. doi:[10.1016/j.jamda.2013.01.011](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.011)
- Van Rhenen, W., Blonk, R., Van Der Klink, J., Van Dijk, F. e Schaufeli, W. (2005). The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 78(2), 139-48. doi:[10.1007/s00420-004-0566-6](https://doi.org/10.1007/s00420-004-0566-6)
- Vasconcelos, M. (2003). A Psicomotricidade como promotora da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad Y Técnicas Corporales*, 12, 51-60
- Vázquez, S. e Mila, J. (2014). Gerontopsicomotricidad y enfermedad de Alzheimer: Un modelo de atención al binomio Paciente – Cuidador. *Revista iberoamericana de psicomotricidad e técnicas corporales*, 39, 59-77.
- Victor, C. (1994). *Old age in modern society: A textbook of social gerontology*. London. Springer.
- Vugt, M., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N. e Verhey, F. (2005). A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 17(4), 577-589. doi:[10.1017/S1041610205002292](https://doi.org/10.1017/S1041610205002292)
- Westermann, C., Kozak, A., Harling, M. e Nienhaus, A. (2014). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *International Journal of Nursing Studie*, 51(1), 63–71. doi:[10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001)
- World Health Organization [WHO] (2012). *Dementia: a public health priority*. UK: Autor. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization [WHO] (2015). 10 Facts on Dementia. UK: Autor. Consultado a 2 de julho de 2016. http://www.who.int/features/factfiles/dementia/dementia_facts/en/
- Yamaguchi, H., Maki, Y. e Yamagami, T. (2010). Overview of non-pharmacological intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation. *Psychogeriatrics*, 10(4), 206-213. doi: [10.1111 / j.1479-8301.2010.00323.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2010.00323.x)
- Yattoo G. e Tabish A. (2008). The profile of head injuries and traumatic brain injury deaths in Kashmir. *Jornal Trauma Management Outcomes*. 2(5). doi: [10.1186/1752-2897-2-5](https://doi.org/10.1186/1752-2897-2-5)
- Yung, P., Fung, M., Chan, T. e Lau, B. (2004). Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: a controlled study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(4), 255-261. doi: [10.1111/j.1445-8330.2004.00342.x](https://doi.org/10.1111/j.1445-8330.2004.00342.x)
- Zolman, C., Vickers, A., McCall, G. e Richardson, J., (2009). Hypnosis and relaxation Therapies. In C. Zollman, A. Vickers, J. Richarddson (Ed.). *ABC of Complementary Medicine*. (2nd Edition, pp 33-38). UK. John Wiley & Sons.

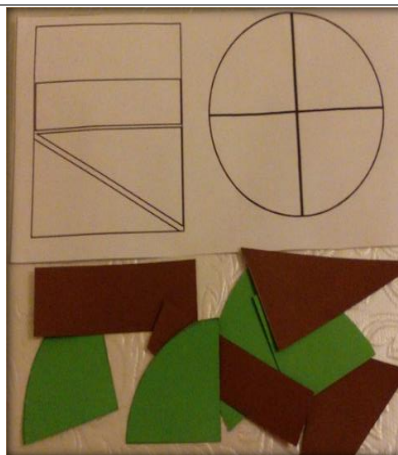
Anexos

Anexo A:

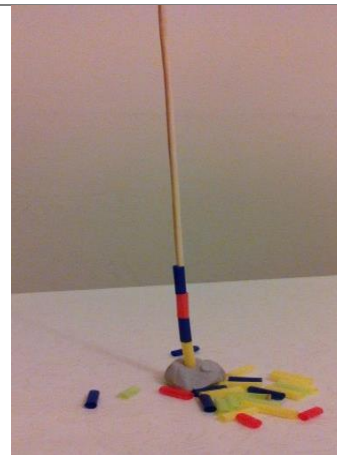
Exemplos de materiais construídos para intervenção



Bingo sonoro



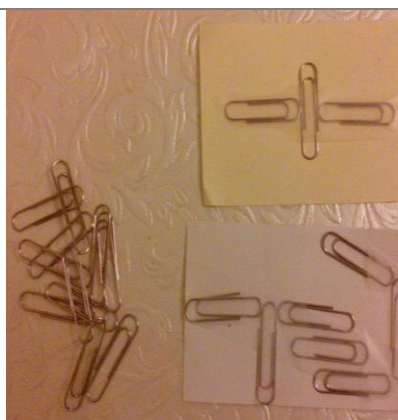
Tangram



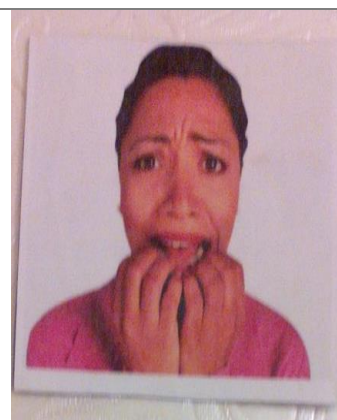
Enfiamentos



Sequências



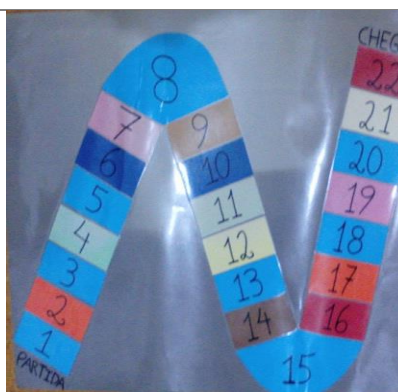
Clipes



Emoções



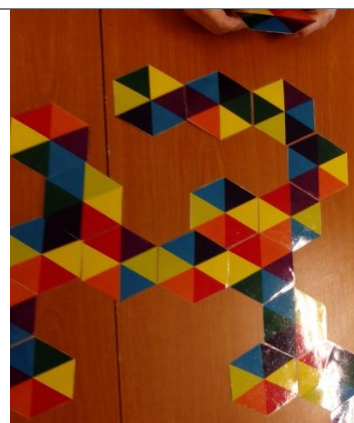
Puzzles



Jogo de tabuleiro



Tabuleiro de encaixe



Corpo humano

Cálculo Mental

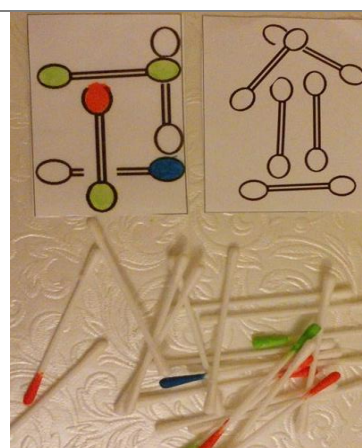
Dominós



Expressão Plástica

Roleta das formas e cores

Mapa de Portugal



Categorias

Mímica

Cotonetes

Anexo B:

Exemplo de Plano de Sessão Individual e respetivo relatório

PLANO DE SESSÃO PSICOMOTRICIDADE – Sessão nº 20					
Técnica: Sara Malheiro					
População: 1 utente		Data: 5 de dezembro de 2016		Objetivos Gerais: Atenção; Praxia global; Praxia fina; Memória	
Idade: 81 anos		Hora: 10h00			
Estado Emocional: Eutímico		Duração: 45 minutos		Material Necessário: 1 Mesa; 2 cadeiras; 2 arcos verdes; 2 arcos amarelos; 6 pegadas; 1 cesto; 4 bolas; dado; blocos coloridos; 4 cremes.	
		Contexto/Local: Sala Terapêutica da Unidade 7			
Hora	Atividade/Descrição	Objetivo Específico	Critérios de Êxito (Deverão ser capazes de)	Estratégias	Material
Duração					
10h00 5´	Diálogo Inicial A utente sentada com a técnica à mesa, conversam um pouco acerca do seu dia anterior e do seu estado atual. De seguida irá ser tentado contextualizar a utente no tempo e no espaço. Por último será explicada a dinâmica da sessão à utente.	<ul style="list-style-type: none">• Captar a atenção da utente;• Potenciar a consciência de si e dos outros;• Fomentar a sociabilidade;• Aprimorar a capacidade de diálogo.	<ul style="list-style-type: none">• Falar de forma fluente;• Contar como está a ser o seu dia.• Dizer a data do dia;• Dizer o local da instituição;• Escrever o seu nome	Verbalização	2 cadeiras; 1 mesa.
10h05 15´	Atividade 1: “circular com sentido!” A utente de pé com a técnica deverá ouvir a explicação do circuito. Sempre que pisar uma pegada amarela deverá dizer um fruto e sempre que pisar uma pegada azul deverá dizer um animal; de seguida sempre que observar um arco amarelo deverá ficar em pontas dos pés e um arco verde deverá ficar em apoio unipedal. Posteriormente no final do circuito encontrar-se-ão bolas que a utente as deverá lançar ao cesto conforme solicitado. O circuito será repetido uma segunda vez.	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver a capacidade de concentração visual;• Melhorar o equilíbrio estático pontas dos pés;• Trabalhar a coordenação óculo- manual;• Trabalhar a coordenação oculo-pedal;• Melhorar a autonomia na marcha;• Melhorar a discriminação cromática;• Melhorar a memória a curto prazo;• Promover a capacidade de associação.	<ul style="list-style-type: none">• Colocar-se em pontas de pés dentro do arco;• Colocar-se em apoio unipedal dentro do arco;• Referir animais;• Referir frutos• Acertar no cesto;• Lançar a bola com a mão ou pé solicitado;• Lembrar-se do percurso;• Verbalizar o que é solicitado.	Verbalização Descoberta guiada Reforço verbal Ajuda física	1 Mesa; 2 cadeiras; 2 arcos verdes; 2 arcos amarelos; 6 pegadas; 1 cesto; 4 bolas.

10h20 15'	<p>Atividade 2: “Torre de cores”</p> <p>A utente sentada com a técnica à mesa deverá continuar o trabalho das cores. Primeiro observar os blocos coloridos e com a ajuda da técnica construir uma torre; de seguida, deverá lançar um dado, com as faces coloridas, e conforme a cor que saia virada para cima a utente deverá verbalizar a cor e tirar uma peça da torre com essa cor, sem a desmoroar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver a capacidade de concentração visual; • Melhorar a discriminação cromática; • Melhorar o movimento em pinça • Promover a capacidade de resolução de problemas; • Promover a capacidade de atenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer atenta; • Decidir qual a melhor peça a retirar; • Referir o nome das cores; • Construir a torre; • Lançar o dado; • Retirar uma peça da torre de acordo com a cor do dado. 	<p>Verbalização</p> <p>Reforço Verbal</p> <p>Ajuda física</p>	1 Mesa; 2 cadeiras; blocos coloridos; dados.
10h35 5'	<p>Atividade 3: “Cores e cheiros”</p> <p>A utente encontra-se sentada com a técnica na mesa. Ser-lhe-á pedido que identifique as cores e os aromas dos cremes e que deixe massajar e massage as mãos com um creme que agrade mais lhe agrade do polegar ao indicador nas duas mãos. Ao massajar deve referir os nomes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar a discriminação cromática; • Melhorar a memória sensorial; • Melhorar a noção corporal; • Potenciar a relaxação corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os aromas; • Identificar as cores • Escolher o seu preferido; • Identificar os nomes dos dedos; • Relaxar. 	<p>Verbalização</p> <p>Reforço verbal</p> <p>Demonstração</p>	1 Mesa; 2 cadeiras; 4 cremes.
10h40 5'	<p>Diálogo Final – Roda da Conversa</p> <p>No final dos exercícios, será feita uma reflexão sobre a sessão, perguntando à utente como se sentira e o que gostariam de fazer nas próximas sessões.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Captar a atenção da utente; • Melhorar a fluência verbal; • Potenciar a capacidade de refletir e expressar opiniões. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um discurso coerente; • Ser capaz de nomear o que gostou ou não da sessão. 	Verbalização	----

Relatório de sessão

A utente encontrava-se com humor eutímico e colaborante referindo que já não se encontra com dores de cabeça nem constipada, como na sessão anterior.

No “diálogo inicial”, a utente encontrava-se um pouco menos orientada em relação à sessão anterior, tornando-se rapidamente confusa e com menor capacidade de raciocínio. A utente melhorou na escrita, no entanto o nome M.R.M. é o que apresenta maiores dificuldades devido à letra R ser confundida com a letra B.

Na primeira atividade “Circular com sentido”, a utente conseguiu memorizar a maioria das instruções dadas pela técnica, antes de iniciar o circuito, reproduzindo-as. Ao longo do percurso, quando a utente se esquecia de alguma das instruções era utilizada as estratégias da descoberta guiada e do reforço verbal, para que a utente se lembrasse de cada etapa e executasse.

Na segunda atividade “Construindo uma torre” a utente tinha dificuldade em referir o roxo/lilás é uma cor que tem de ser lembrada. Construiu a torre inicialmente com pistas verbais acerca das cores que poderia utilizar, conseguindo posteriormente ser autónoma na escolha e realizar uma primeira pirâmide alta. Esta torre ao primeiro bloco desmoronou-se sendo, no entanto, aproveitada para lhe serem dadas mais estratégias verbais e usado o questionamento. A utente de seguida conseguiu autonomamente resolver o seu problema e construir uma pirâmide mais baixa, obtendo êxito, uma vez que estava mais acessível.

Na atividade “Cores e cheiros” a utente cheirou os cremes, mas não conseguiu identificar os aromas, sendo necessário a técnica dar pistas verbais, para identificar, tendo sido as cores o mais fácil. Escolheu como seu preferido, o creme vermelho, de morango, sendo o creme, que considerou ter um cheiro mais forte. Permitiu que a técnica lhe massajasse cada parte das mãos, fazendo várias referências ao agradável aroma. Identificou facilmente o mindinho, o polegar, a palma e costas, sendo dadas pistas para os restantes

No “diálogo final” a utente apesar de ter sido bem sucedida no circuito e ter gostado, preferiu atividade dos blocos por ser nova e por ser uma atividade em que permanecia sentada, visto que a utente apresentou desequilíbrios, nesta sessão.

Anexo C:

Instrumento de observação informal

Avaliação _____	Técnica:	
Data:	Utente:	Idade:

I – Relação com as tarefas e com os pares

Os seguintes Itens deverão ser preenchidos segundo a escala de *Likert* em que o 1 corresponderá a *desadequado* e o 4 a *adequado*.

	Desadequado	Pouco adequado	Parcialmente adequado	Adequado
Compreensão da instrução	1	2	3	4
Nível de realização	1	2	3	4
Permanência na tarefa	1	2	3	4
Participação na sessão	1	2	3	4
Interação Social	1	2	3	4
Autonomia na tarefa	1	2	3	4
Observações:				

As tabelas seguintes deverão ser preenchidas com um ☒ (visto) caso execute, quando existe mais do que uma hipótese de resposta coloca-se um ☒ (visto) na mais adequada.

II – Itens de Observação Psicomotora

Tonicidade	Adequada	1
	Desadequada	0
Equilíbrio estático	Sem apoio	6
	Com 1 apoio	5
	Com 2 apoios	4
	Com uma pessoa	3
	Com 1 apoio fixo	2
	Com 2 apoios fixos	1

Sara Malheiro

Equilíbrio dinâmico (marcha)	Sozinho	6		
	Com uma canadiana/bengala	5		
	Com andarilho	4		
	Com ajuda de 1 pessoa	3		
	Com apoio contínuo	2		
	Com ajuda de 2 pessoas	1		
Equilíbrio sentado	Inclina-se ou desliza na cadeira	0		
	Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira	1		
	Estável, seguro	2		
Equilíbrio / levantar-se	Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio	0		
	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à primeira tentativa	1		
	Capaz na primeira tentativa sem usar os braços	2		
Motricidade Fina dos membros superiores	Pegar em pinça num objeto	MD (1)	ME (1)	
Motricidade Fina dos membros inferiores	Pontapear a bola	PD (1)	PE (1)	
Noção do corpo (conhecimento das partes do corpo)	Apontar sob designação verbal (cabelo, palma da mão, tornozelo, coxa, cotovelo, pescoço, orelha, nuca, barriga, pálpebra) (10-0)	8-10	5-7	0-4
	Nomear as diferentes partes do corpo apontadas (barriga, braço, joelho, cabelo, polegar, boca, calcanhar, costas, dentes e sobrancelha) (10-0)	8-10	5-7	0-4
Observações:				

Sara Matheiro

III - Itens de âmbito cognitivo

Tarefa de orientação	Temporal (0-5)	Ano	Mês	Dia	Dia da semana		Estação do ano		1		
		1	1	1	1						
	Espacial (0-2)	Distrito		1	Cidade		1				
Retenção (0-3)		Memorize		Pêssego	1	Pinheiro	1	Copo	1		
Atenção (0-2)		Agarre o cubo ao número...				5	1	10	1		
Evocação (0-3)		Verbalize o que memorizou		Pêssego	1	Pinheiro	1	Copo	1		
Linguagem		Como se chama isto? (MMSE)				Relógio	1	Lápis	1		
		Lê o que está neste cartão "Feche os olhos" (MMSE)								1	
		Linguagem expressiva				Adequada				1	
						Excessiva				0	
						Insuficiente				0	
		Expressão		Concordante com a emoção							2
		Facial		Discordante		Inexpressivo				0	
						Alteração morfológica				1	
Observações:											

IV – Outros parâmetros relevantes

Visão	Adequada	1
	Desadequada	0
Audição	Adequada	1
	Desadequada	0

Sara Malheiro

Estado Geral de Saúde	Dor / Mal-estar	Não tenho dores ou mal estar	2
		Tenho dores ou mal estar moderado	1
		Tenho dores ou mal estar extremos	0
	Doenças relevantes		
	Medicação (objetivo)		
Observações:			

Sara Malheiro

Anexo D:

**Exemplo de um plano de sessão
de grupo e respetivo relatório**

PLANO DE SESSÃO PSICOMOTRICIDADE – Sessão nº 54					
Técnica: Sara Malheiro					
População: 7 utentes		Data: 5 de maio de 2016		Objetivos Gerais: Atenção; Socialização; Memória; estruturação espaço temporal.	
Idade: > 56 anos		Hora: 16h			
Estado Emocional: eutímico e subeutímico		Duração: 45 minutos		Material Necessário: 1 mesa; 7 cadeiras; corpo humano; legendas; provérbios.	
		Contexto/Local: Sala Terapêutica da Unidade 14			
Hora	Atividade/Descrição	Objetivo Específico	Critérios de Êxito (Deverão ser capazes de)	Estratégias	Material
Duração					
16h00 5´	Diálogo Inicial – Roda da Conversa Os utentes sentados com a técnica à volta da mesa, esta pergunta como está a correr o dia e qual a disposição para a sessão. De seguida será explicado aos utentes como a sessão vai decorrer.	<ul style="list-style-type: none">• Potenciar a consciência de si e dos outros;• Fomentar a sociabilidade;• Aprimorar a capacidade de diálogo.	<ul style="list-style-type: none">• Falar de forma fluente;• Contar de forma mais clara possível como está a ser o dia deles e o que têm feito.	Verbalização	1 mesa; 7 cadeiras.
16h05 5´	Atividade 1: “Balão saltitão” Os utentes sentados em roda com a técnica deverão passar o balão aleatoriamente e cada vez que passam deverão referir uma parte do corpo diferente da referida anteriormente.	<ul style="list-style-type: none">• Melhorar a socialização;• Melhorar a mobilização articular;• Melhorar a coordenação óculo-manual;• Promover a noção do corpo.	<ul style="list-style-type: none">• Passar o balão;• Segurar o balão;• Referir uma parte do corpo;• Estar atento ao que os utentes referem.	Questionamento; Ajuda Física	1 mesa; 7 cadeiras; 1 balão.
16h10 15´	Atividade 2: “viagem pelo corpo” Os utentes sentados em roda com a técnica à mesa deverão ouvir a explicação da atividade e os utentes com maior mobilidade deverão procurar as partes do corpo que previamente foram espalhadas pela sala, enquanto quem está sentado começa a formar o puzzle e legendar.	<ul style="list-style-type: none">• Melhorar a socialização;• Melhorar a noção do corpo;• Melhorar a noção espacial;• Melhorar a memória a longo prazo.	<ul style="list-style-type: none">• Passar a bola;• Decidir qual a categoria;• Passar a bola;• Decidir o lado.	Verbalização Questionamento	1 mesa; 7 cadeiras; peças do corpo; legendas.

16h25 15'	Atividade 3: “Corpo em provérbios” Os utentes à volta da mesa deverão observar o corpo humano previamente montado na imagem e lerem os diversos provérbios e interpretá-los, para que os coloquem na parte do corpo correspondente.	<ul style="list-style-type: none"> • Potencializar a concentração visual; • Melhorar a noção de corpo; • Melhorar a capacidade de associação; • Melhorar as funções executivas; • Promover a socialização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a atenção; • Observar o corpo humano; • Identificar as partes do corpo; • Interpretar o provérbio; • Colocar o provérbio na parte do corpo correspondente. 	Verbalização Reforço verbal Ajuda física	1 mesa; 7 cadeiras; corpo humano; provérbios .
16h40 5'	Diálogo Final – Roda da Conversa No final dos exercícios, será feita uma reflexão sobre a sessão, perguntando aos utentes como se sentiram e o que gostariam de fazer nas próximas sessões.	<ul style="list-style-type: none"> • Captar a atenção dos utentes; • Potenciar a capacidade de refletir e expressar opiniões. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um discurso coerente; • Ser capaz de nomear o que gostaram ou não da sessão. 	Verbalização	----

Relatório de sessão

Nesta sessão de psicomotricidade estiveram presentes (M.A.R., N.A., M.A., J.M., L.A., M.T., V.T.). A maioria dos utentes encontraram-se com humor eutímico, à exceção do utente N.A. que apresentou humor subeufímico devido a uma indisposição prolongando-se ao longo da sessão.

No diálogo inicial o utente V.T. e M.T. encontraram-se desorientados temporalmente, mas orientados espacialmente.

Todos os utentes colaboraram na atividade “balão saltitão”, a utente M.A.R. embora fosse a primeira vez no grupo teve uma boa adesão a esta atividade, mesmo sendo uma atividade que exige bastante disponibilidade e mobilidade corporal.

Na segunda atividade “Viagem pelo corpo” os utentes N.A., M.A.R., M.A. e M.T. possuíram maior mobilidade, mas necessitaram que a técnica usasse a estratégia de questionamento, para perceberem que ainda faltavam peças do puzzle, que se encontravam espalhadas pela sala.

Na terceira atividade “Corpo em Provérbios” o utente J.M. e a M.A.R. foram os utentes que melhor interpretaram os provérbios e explicaram aos restantes utentes do grupo, a utente L.A. foi a utente que possuiu maiores dificuldades nesta atividade, tendo de ser motivada para não desistir.

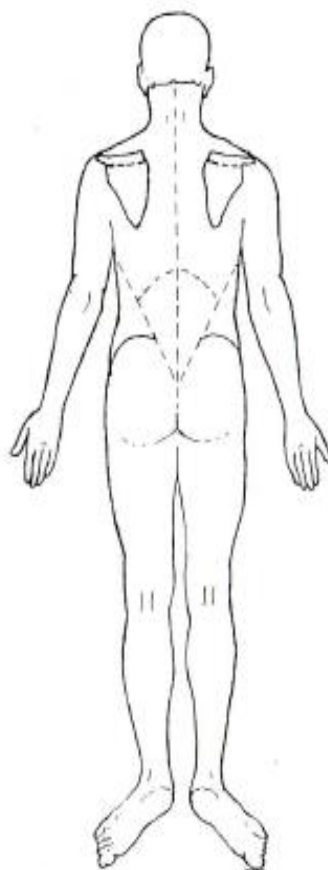
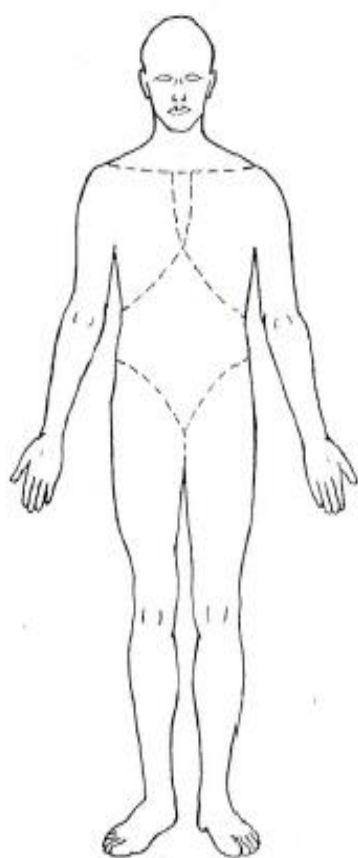
No diálogo final os utentes recapitularam todas as atividades realizadas na sessão explicando-as e por unanimidade a atividade que gostaram mais foi a atividade “corpo em provérbios”, escolhendo cada um, a atividade mais difícil e o motivo. De seguida foram orientados para o final da sessão e questionados de quando seria a próxima.

Anexo E:

Esquema de tensões

Esquema de Tensões

Nome: _____ Data: ____/____/____



Verde: pouca ou nenhuma tensão

Amarelo: tensão média

Vermelho: tensão muito elevada

Anexo F:

Folha de registo de MBI

1	Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
2	No fim do dia de trabalho, sinto-me exausto							
3	Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho							
4	Consigo compreender facilmente como os meus utentes se sentem acerca das coisas							
5	Sinto que trato alguns utentes, como se fossem objetos, impessoais.							
6	Trabalhar com pessoas o dia todo e, de facto, um esforço para mim							
7	Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes							
8	Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho.							
9	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas com o meu trabalho							
10	Tornei-me mais insensível em relação as pessoas, desde que comecei este trabalho							
11	Preocupo-me que este trabalho me esteja a “endurecer” emocionalmente							
12	Sinto-me muito enérgico.							
13	Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho.							
14	Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho							
15	De facto, não me interessa o que acontece a alguns utentes.							
16	Trabalhar diretamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão							
17	Consigo facilmente criar uma atmosfera relaxada com os meus utentes.							
18	Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus utentes.							
19	Conseguir realizar muitas coisas importantes nesta profissão							
20	Sinto que estou no meu limite (“fim de linha”).							
21	No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma.							
22	Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas.							
(Melo, Gomes e Cruz, 1999)								

Anexo G:

Questionário de Satisfação

Questionário de satisfação	Concordo totalmente	concordo	indiferente	Discordo	Discordo totalmente
Souberam escutar as minhas queixas					
Estou satisfeito com as sessões					
Sinto que melhorei nas atividades desempenhadas.					
As sessões permitiram melhorar a qualidade de vida.					
Consigo aplicar os conhecimentos das sessões no meu dia a dia					
Integrei-me facilmente no grupo					
Acho interessante os conhecimentos desenvolvidos					
Consigo gerir mais facilmente os conflitos					
Consigo relaxar mais no dia a dia					